



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Instrumento de habilitación de los servicios de terapia neural en Colombia

Oscar Mateo Huertas Pacheco

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría en Medicina Alternativa con énfasis en
Terapia neural.

Bogotá, D.C. 2013.

Instrumento para habilitación de los servicios de terapia neural en Colombia.

Oscar Mateo Huertas Pacheco

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título
Magister en Medicina Alternativa y Terapia Neural.

Directora:

Yaneth Mercedes Parrado Lozano
Profesora asociada, Doctora en Enfermería.
Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría en Medicina Alternativa con énfasis en
Terapia Neural
Bogotá, D.C. Colombia

2013

NOTA DE ACEPTACIÓN.

JURADO.

JURADO.

JURADO.

Bogotá. _____

Resumen

La Terapia Neural se basa en un modelo de atención integrativo que se realiza teniendo en cuenta la individualidad de cada paciente. Por esto, no es suficiente extrapolar los mismos estándares de la medicina convencional para formular estándares de habilitación. Se requiere entonces, superar el imaginario de que únicamente es una terapia infiltrativa de un anestésico local, y así, trascender a una terapia holística que aborda al ser humano.

Utilizando el método Delphi se consultó, en sucesivas rondas, a expertos en terapia neural acerca del contenido de los ítems para la construcción de un instrumento concertado, relacionado con los actuales estándares de calidad, buscando identificar cuáles deben ser los requerimientos de habilitación para la prestación del servicio de Terapia Neural en Colombia. Teniendo en cuenta las observaciones recibidas y la revisión de la literatura científica, se modificó el instrumento agregando nuevos ítems. La versión final también se sometió a la opinión de expertos.

El producto final de este proceso es un instrumento, tipo lista de chequeo, que servirá para ser aplicado en el proceso de habilitación de servicios de Terapia Neural en Colombia.

Palabras claves: *Diseño Instrumento para la habilitación, servicios de Terapia Neural en Colombia.*

Abstract

Neural Therapy is based on an integrative attention model, designed and executed taking into account each patient's individual characteristics. As a consequence, it is not enough to apply the common standards of traditional medicine when establishing habilitation standards. It is required instead, to surpass the common tendency to believe that it is just an infiltrative therapy of a local analgesic, and expose its nature as a holistic therapy that approaches the human being.

Through the application of the Delphi method, experts in neural therapy were consulted in several occasions with the objective to determine the items needed to be applied in the elaboration of a concerted instrument. This must be related with the latest quality standards, in order to seek for the correspondent requirements needed in the application of neural therapy in Colombia. Taking into account the collected observations and the correspondent bibliographic review, the instrument was modified with the implementation of the items. The latest version was submitted to the appraisal of a group of experts.

The resulting product of this investigation is an instrument, similar to a check list, designed with the purpose to be applied in the habilitation process of neural therapy services in Colombia

Key Words: *Instrumental design for habilitation, Neural Therapy services in Colombia.*

Contenido

Resumen.....	IV
Lista de símbolos y abreviaturas.....	IX
Lista de gráficos.....	X
Introducción.....	XII
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	14
1.1 Antecedentes.....	14
1.2 Formulación del problema.....	19
1.3 Justificación.....	19
1.4 Objetivos.....	21
1.4.1 General.....	21
1.4.2 Específicos.....	21
Capítulo 2. Marco conceptual.....	22
2.1 Política de prestación de servicios en Colombia.....	22
2.2 Estándares de habilitación.....	23
2.3 Medición de la calidad en la prestación del servicio.....	26
2.4 Terapia Neural.....	29
2.4.1 Enfoque de integralidad.....	31
2.4.2 Situación mundial legislación Terapia Neural.....	31
Capítulo 3. Marco metodológico.....	36
3.1. Tipo de estudio.....	36
3.2. Población y muestra.....	36
3.2.1 Población.....	36
3.2.2 Muestra.....	37
3.2.3 Criterio de inclusión.....	37
3.2.4 Criterio de exclusión.....	37
3.3 Método Delphi.....	38
3.4 Procedimiento para el diseño del instrumento.....	40
3.5 Aspectos éticos.....	43
Capítulo 4. Análisis y discusión de resultados	45
4.1 Recurso humano.....	47
4.1.1 Formación avanzada en terapia neural.....	47
4.1.2 Soporte vital básico.....	49
4.2 Instalaciones físicas.....	50
4.2.1 Ambientes en el consultorio.....	50
4.2.2 Lavamanos.....	51
4.2.3 Unidad sanitaria.....	52
4.2.4 Área de procedimientos.....	53
4.2.5 Área física exclusiva de circulación restringida para los Procedimientos.....	54
4.2.6 Materiales área de procedimientos.....	56
	56

4.2.7 Esterilización del instrumental, equipo e insumos emplead	58
4.3 Dotación-mantenimiento.....	58
4.3.1 Calidad y soporte técnico equipos.....	59
4.3.2 Equipo de reanimación.....	61
4.3.3 Camilla.....	62
4.3.4 Tensiómetro.....	62
4.3.5 Fonendoscopio.....	63
4.3.6 Equipo de órganos de los sentidos.....	63
4.3.7 Martillo de reflejos.....	64
4.3.8 Metro.....	65
4.3.9 Balanza.....	65
4.3.10 Jeringas y agujas desechables.....	66
4.3.11 Anestésico local.....	67
4.3.12 Contenedor para desechar las agujas.....	67
4.3.13 Equipo básico de urgencias.....	68
4.4 Medicamentos y dispositivos médicos.....	69
4.4.1 Registro invima.....	70
4.4.2 Reúso de dispositivos.....	71
4.4.3 Relación reúso de dispositivos.....	72
4.5 Procesos prioritarios asistenciales.....	72
4.5.1 Elaboración de guías.....	73
4.5.2 Guías clínicas de procedimientos.....	75
4.5.3 Protocolos origen de enfermedad y accidente de trabajo.....	76
4.5.4 Guías clínicas de atención.....	77
4.5.5 Tipo de procedimientos que se pueden realizar.....	78
4.5.6 Relación de los procedimientos que se realizan.....	79
4.5.7 Protocolos para procedimientos.....	80
4.6 Historia clínica y registros asistenciales.....	80
4.6.1 Apertura historia clínica.....	81
4.6.2 Identificación y componente de anexos historia clínica.....	82
4.7 Interdependencia de servicios.....	83
4.7.1 Servicio de esterilización.....	83
4.8 Referencia y contra referencia de pacientes.....	84
4.8.1 Guías referencia de pacientes.....	84
4.9 Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.....	85
4.9.1 diseño y operacionalización de indicadores de riesgo.....	86
4.9.2 Evaluación y seguimiento al riesgo de infecciones.....	87
4.9.3 Evaluación y seg. al riesgo de complicaciones terapéuticas....	
4.9.4 Evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones medicamentosas.....	88
4.9.5 Evaluación y seguimiento al cumplimiento de políticas de acceso, oportunidad, pertinencia y continuidad.....	89
4.10 Preguntas nuevas.....	91
4.10.1 Camilla para abordaje ginecológico.....	91
4.10.2 Espacio para la aplicación del anestésico local.....	92
4.10.3 Equipo de reanimación cardiopulmonar avanzada.....	93
4.10.4 Desfibrilador.....	93
4.10.5 Anestésico usado.....	94
4.10.6 Consentimiento informado.....	95
4.10.7 Protocolo esterilización jeringas portacarpulas.....	95
4.10.8 Guías clínicas de atención	96

4.10.9 Guías propias de manejo.....	97
4.10.10 Guías en referencia a las técnicas de aplicación.....	
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones	98
5.1 Conclusiones.....	98
5.2 Recomendaciones (INSTRUMENTO).....	99
Capítulo 6. Anexos	103
Anexo A Cuestionario No 1.....	103
Anexo B Preguntas nuevas cuestionario 2.....	116
Anexo C Preguntas ultimas observaciones.....	118
Capítulo 7. Bibliografía.....	119

Lista de símbolos y abreviaturas

Símbolo o abreviatura	Definición
OMS	Organización Mundial de la Salud
SGSS	Sistema General de Seguridad Social
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud
GPC	Guías de práctica clínica

Lista de gráficos

Grafico 1 Formación avanzada en terapia neural	Pág.	47
Grafico 2 Soporte vital básico		49
Gráfico 3 Ambientes en el consultorio		50
Grafico 4 Lavamanos		51
Gráfico 5 Unidad sanitaria		52
Gráfico 6 Área de procedimientos		53
Gráfico 7 Área física exclusiva de circulación restringida para los procedimientos..		54
Gráfico 8 Materiales área de procedimientos		55
Gráfico 9 Esterilización del instrumental, equipo e insumos empleados		56
Gráfico 10 Calidad y soporte técnico equipos		58
Gráfico 11 Equipo de reanimación		59
Gráfico 12 Camilla		61
Gráfico 13 Tensiómetro		62
Gráfico 14 Fonendoscopio		62
Gráfico 15 Equipo de órganos de los sentidos		63
Gráfico 16 Martillo de reflejos		63
Gráfico 17 Metro		64
Gráfico 18 Balanza		65
Gráfico 19 Jeringas y agujas desechables		65
Gráfico 20 Anestésico local		66
Gráfico 21 Contenedor para desechar las aguja		67
Gráfico 22 Equipo básico de urgencias		67
Gráfico 23 Registro invima		69
Gráfico 24 Reúso de dispositivos		70
Gráfico 25 Relación reúso de dispositivos		71
Gráfico 26 Elaboración de guías		72
Gráfico 27 Guías clínicas de procedimientos		73
Gráfico 28 Protocolos origen de enfermedad y accidente de trabajo		75
Gráfico 29 Guías clínicas de atención		76
Gráfico 30 Tipo de procedimientos que se pueden realizar		77
Gráfico 31 Relación de los procedimientos que se realizan		78
Gráfico 32 Protocolos para procedimientos		79
Gráfico 33 Apertura historia clínica		80
Gráfico 34 Identificación y componente de anexos historia clínica		81
Gráfico 35 Servicio de esterilización		83
Gráfico 36 Guías referencia de pacientes		84
Gráfico 37 Diseño y operacionalización de indicadores de riesgo.		85
Gráfico 38 Evaluación y seguimiento al riesgo de infecciones		86

Gráfico 39 Evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones terapéuticas	87
Gráfico 40 Evaluación y seg. al riesgo de complicaciones medicamentosas	88
Gráfico 41 Evaluación y seguimiento al cumplimiento de políticas de acceso, oportunidad, pertinencia y continuidad	89
Gráfico 42 Camilla para abordaje ginecológico	91
Gráfico 43 Espacio para la aplicación del anestésico local	91
Gráfico 44 Equipo de reanimación cardiopulmonar avanzada	92
Gráfico 45 Gráfico Desfibrilador	93
Gráfico 46 Anestésico usado	93
Gráfico 47 Consentimiento informado	94
Gráfico 48 Protocolo esterilización jeringas portacarpulas	95
Gráfico 49 Guías clínicas de atención	95
Gráfico 50 Guías propias de manejo	96
Gráfico 51 Guías en referencia a las técnicas de aplicación	97

Introducción

En los últimos años ha sido prioritario para la Organización Mundial de la Salud (OMS), desarrollar políticas planes y programas encaminados a la calidad en la prestación de los servicios de salud, aspecto que se ve plasmado en la necesidad de implementar mecanismos para estandarizar en las instituciones prestadoras de servicios de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y reduzcan los riesgos de presentación de eventos que ocasionen daño al paciente, garantizando la prestación de servicios que brinden cada vez más calidad en materia de salud.

En el caso de Colombia además de seguir este lineamiento de política internacional en salud, la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993, consagran que es un deber del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad, calidad y solidaridad; la posterior creación del Sistema obligatorio garantía de calidad en Salud, mediante el Decreto 1011 de 2006, precisa que los resultados del desarrollo del proceso de calidad se deben centrar en el usuario.

Con este mismo interés en los usuarios y la necesidad de garantizar que los servicios y la atención que se prestan son de buena calidad, honestos, seguros y eficaces, las denominadas terapias alternativas comparten esta política, tanto en el ámbito mundial como nacional; con los importantes avances en el desarrollo del conocimiento en esta área, es preciso crear herramientas que garanticen el cumplimiento de estándares mínimos en la prestación de los servicios.

En una revisión de la normatividad vigente, específicamente para los servicios prestadores de Terapia Neural en Colombia, se halló que aunque existe un manual de estándares, no se encontró en lo revisado un instrumento específico que permita identificar los estándares de habilitación para instituciones que prestan este servicio.

Este trabajo busca Identificar cuáles son los estándares de habilitación para la prestación de la Terapia Neural en Colombia respaldados por la revisión del estado del arte, y una vez identificados se consensuaron mediante el método Delphi con un grupo de expertos, para nutrir el diseño de un instrumento de habilitación de este servicio.

El documento recoge el proceso realizado presentando los siguientes apartes; título del proyecto, planteamiento del problema, justificación y objetivos, los cuales son encuadrados por un marco conceptual que aborda los aspectos de la Terapia Neural, estándares de habilitación, prestadores de servicios, instrumentos de medición de la calidad y método Delphi. El marco metodológico presenta el tipo de trabajo, población, identificación de estándares, recolección, procesamiento de análisis de la información, los pasos para el diseño del instrumento y conclusiones, de la misma forma el informe incluye los aspectos éticos, anexos y bibliografía.

1. Planteamiento del problema

1.1 Antecedentes

En este aparte se realiza una reseña de la legislación y los sucesos que han servido de marco de referencia en la prestación de los servicios de salud en el País incluyendo la Terapia Neural, esta exposición enmarca la identificación del problema.

Se parte de los pilares que fundamentan el marco del sistema de salud, a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, la cual en el artículo 48¹ define: la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, calidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley, en concordancia con la Ley 717 de 2001 y 919 de 2004, y en artículo 49 de la Carta Magna ² donde se instaure:

“Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley”.

La Ley 100 de 1993³, siguiendo los lineamientos de la Constitución de 1991 consagra que es un deber del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios, en esta direccionalidad la reforma del sector salud

¹ COMISION SEPTIMA DEL SENADO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Salud en constitución política de Colombia. [en línea] [consultado marzo 30 de 2013] disponible en <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUd>

² ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución política colombiana. Bogotá 1991.

³ CONGRESO DE LA REPÚBLICA COLOMBIA. Ley 100 de 23-Diciembre 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148. Bogotá. 1993

estableció la potestad de reglamentación del sistema de salud en el Estado, como se observa en las normas que se referencian a continuación, haciendo especial énfasis en las relacionadas con la garantía de la calidad en la prestación de los servicios.

De esta manera, la regulación del sistema de salud a través de la legislación o expedición de normas cumple una función primordial en la dinámica de este, ya que determina la estructura y las pautas de funcionamiento por medio de la reglamentación de aspectos relacionados con la *calidad de la atención*, los mecanismos para la accesibilidad a los servicios de salud, los sistemas de información, los deberes y derechos de cada uno de los actores involucrados, las guías y protocolos de atención y los planes de beneficios, entre otros más.⁴

En concordancia con los principios de la Ley 100 de 1993, desde el 2002 se intentó consolidar un sistema de garantía de la calidad en salud, el cual se cristalizó con el Decreto 1011 de 2006⁵, que estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS).

Este tiene como propósito mantener y mejorar la calidad en los servicios de salud, mediante sus cuatro componentes: sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sistema único de acreditación, y sistema para información para la calidad.

El sistema único de habilitación instituye que la calidad de la atención en salud, que desde el nivel nacional hasta el territorial deben recibir los usuarios, se entienda como:

La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de proceso que deben cumplir los prestadores de

⁴ MUNOZ E, Iván F et al. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [online]. 2009, vol.27, n.2 [cited 2013-04-12], pp. 142-152 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120>. Consultado abril 1 de 2013

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA. Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Contrato 2036. Bogotá 2011

servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida y la salud de los usuarios en el marco de la prestación de los servicios de salud.⁶

La creación del Sistema obligatorio garantía de calidad en Salud mediante el Decreto 1011 de 2006, fue un paso trascendental para reglamentar la calidad de la atención en salud en Colombia.

El Ministerio de Protección Social Colombiano, siguiendo una tendencia a nivel mundial, establecida por la Organización Mundial de la salud OMS, consideró prioritario que los servicios que se ofertan, minimicen los riesgos a que puede estar expuesto un paciente durante su proceso de atención; por esto incluyó dentro de los temas prioritarios de desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, las políticas y directrices para brindar atención segura a los pacientes.

En este marco de referencia y con los lineamientos para la formación del talento humano en salud, plasmado en la Resolución 2927 de 1998⁷ que reglamenta inicialmente la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, centrada en las normas técnicas, científicas y administrativas, y dicta otras disposiciones, en las que se resalta entre otros puntos que deben ser ejercidas por médicos titulados en universidades reconocidas por el Estado de acuerdo con la Ley 14 de 1962, con formación específica en la o las terapias alternativas que practique, y que acrediten el registro profesional vigente.

Se identifican dos pilares: el marco legal de garantía de la calidad en salud y los requisitos de formación, como los fundamentos para establecer requisitos de habilitación en la prestación del servicio de Terapia Neural en Colombia.

En el año 2006 la Universidad Nacional de Colombia, organizó y aprobó el programa de Maestría en Medicina Alternativa con perfil profesional en áreas: homeopatía, medicina tradicional china, terapia neural y osteopatía-quiropaxis.

⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, COLOMBIA. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. ISBN: 978-958-98220-6-7 Bogotá, D. C., 2007.

⁷ MINISTERIO DE SALUD, COLOMBIA. Resolución 2927/1998 de 27 de julio, Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas.... Bogotá, 1998.

La Terapia Neural desde su llegada a Colombia en los años setenta, solo había sido enseñada con un carácter informal, hasta la creación de este programa de postgrado.

El plan de estudios del programa curricular de postgrado fue aprobado por el Consejo Académico, mediante el acuerdo 050, Acta 06 del 17 de mayo del 2006, y fue creado por el Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia mediante Acuerdo 055, Acta No. 20 del 19 de septiembre de 2006.

El programa de Maestría en Medicina Alternativa está adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad. En el mes de octubre del año 2009, se graduó la primera promoción de profesionales médicos con énfasis en Maestría de Terapia Neural; también primera en el país.

La Ley 1164 de 2007, Ley de Talento Humano, reconoce en los artículos 19 y 20 el ejercicio de las medicinas y terapias alternativas y complementarias, así como el ejercicio de las culturas médicas tradicionales. Esta misma Ley en su artículo 19⁸ dicta disposiciones en materia del talento humano en salud:

“Del ejercicio de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias. Los profesionales autorizados para ejercer una profesión del área de la salud podrán utilizar la medicina alternativa y los procedimientos de las terapias alternativas y complementarias en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado”.

Sin embargo, las medicinas tradicionales, complementarias y alternativas en Colombia, no han tenido una reglamentación clara. La normatividad para la prestación de servicios en terapias alternativas en Colombia, ha contado con la asesoría de profesionales con conocimientos en terapias alternativas para su formulación, más hace falta que estas sean nutridas también por profesionales formados en universidades que ofrezcan estudios de posgrado en dichas áreas.

Además, no existe en lo revisado un instrumento que permita establecer los estándares de habilitación específicos para los prestadores de servicios de Terapia Neural.

⁸ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 1164 por la cual se dictan disposiciones de formación del talento humano en salud. Bogotá. 2007.

Teniendo en cuenta los esfuerzos hechos por el Ministerio de Salud para velar por la calidad en el servicio, se hace necesario identificar cuáles son los estándares de habilitación para la prestación del servicio de Terapia Neural en Colombia.

La identificación y establecimiento de estándares se lograra mediante el diseño de un instrumento que recoja el desarrollo del conocimiento en esta área, y la experticia de quienes han ejercido esta actividad en el país.

Es necesario analizar los requisitos de los prestadores, teniendo en cuenta el contexto de garantía de la calidad y el marco referencial en el que se ha venido desarrollando la Terapia Neural en el país.

Otro aspecto de vital importancia es la posibilidad de contar ya con programas de postgraduación que fomentan la enseñanza, investigación y ejercicio en esta área; el hecho de tener varias promociones especializadas, y la experiencia con los estándares existentes y recomendaciones de la Organización mundial de la salud (OMS) para la prestación de terapias alternativas, son herramientas valiosas que se deben aprovechar para formular unos estándares de habilitación para la prestación de servicios de Terapia Neural en Colombia.

En la Resolución 1043 de 2006⁹ del Ministerio de la Protección Social, y sus modificaciones en las resoluciones 2680 y 3763 de 2007 establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, incluyendo el manual único de estándares y de verificación, y el manual único de procedimientos de habilitación.

En concordancia con el marco en el que se desarrolla la terapia neural, se busca aportar en este campo, teniendo en cuenta que para el desarrollo de toda especialidad es de suma importancia tanto para los prestadores como para los beneficiarios, la confianza en que el servicio que se ofrece contiene todas las garantías de calidad, pues es un interés y una necesidad de las dos partes.

⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Resolución número 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el.... Bogotá. 2006.

1.2 Formulación del problema

Se buscará entonces con el presente trabajo identificar y desarrollar un instrumento de medición mediante la solución del siguiente interrogante ¿Cuáles son los estándares de habilitación necesarios para la prestación del servicio de Terapia Neural en Colombia?

1.3 Justificación.

Es deber del Estado el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.¹⁰

Todo profesional de salud tiene el compromiso ético de garantizar que los servicios y la atención que presta sean de buena calidad, honestos, seguros y eficaces. Los estándares de calidad para la prestación de servicios de Terapia Neural en Colombia no cuentan con un instrumento específico para orientar a los prestadores de este servicio.

Así mismo, los lineamientos generales de calidad en esta área fueron propuestos en una época en la que no se contaba con formación específica en Terapia Neural en el país, por lo tanto se hace ineludible la creación de un instrumento, en el que intervengan profesionales con amplia experiencia en el área y especializados en Terapia Neural que hayan trabajado con los parámetros existentes hasta el momento, garantizando así que las herramientas para el control por parte del Estado, sean coherentes con su evolución y naturaleza.

En el año 2004 la Organización Mundial de la salud lanzó la “Alianza Mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y reduzcan los riesgos de presentación de eventos que ocasionen daño al paciente¹¹. Esta política es un faro que guía la prestación

¹⁰ CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Título II. Capítulo 3. Artículo 78. Bogotá. 1993

¹¹ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. 2004

los servicios de salud en cualquier área de conocimiento y especialidad, por lo tanto será tomada en cuenta en este trabajo.

Adicionalmente, es obligación del Estado Colombiano, explícita en el Decreto 1011 del 2006 ¹², que el Ministerio de la Protección Social ajuste periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

Teniendo en cuenta el desarrollo académico y la demanda progresiva de los servicios de Terapia Neural por parte de la población Colombiana se hace necesaria la formulación de parámetros de habilitación específicos para servicios prestadores de Terapia Neural, tal como se instaura en Decreto 1011 del 2006.

Además y teniendo en cuenta que, la Comisión de Regulación en Salud establece en el Acuerdo No. 08 del 29 de diciembre del 2010 en su artículo 16¹³:

"las EPS podrán incluir la utilización de medicinas alternativas en su red de servicio por parte de los prestadores que la conforman, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia."

Se sugiere que los estándares de habilitación para la prestación de servicios de Terapia Neural en Colombia, queden plasmados en un instrumento que recoja las directrices de la normatividad vigente, la experiencia de quienes vienen trabajando y los conocimientos de quienes se vienen formando a nivel de postgraduación, contribuyendo así al desarrollo de estándares de calidad en la prestación de servicios de salud, los cuales se constituyen en la primera garantía en la cadena de seguridad para el paciente usuario de la Terapia Neural.

¹² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Decreto número 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá 2006.

¹³ COMISION DE REGULACION EN SALUD. Acuerdo numero 08 de 29 dic 2009 para enero 2010. Por el cual se aclara y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Bogotá. 2009.

Este sistema médico es un conocimiento que cada vez es más utilizado, y con requerimientos específicos, tanto al interior de la medicina alternativa, como en la demanda por parte de los usuarios y de la medicina tradicional occidental.

Con el fin que tanto prestadores, como beneficiarios, tengan confianza en este servicio, y la seguridad de que esté se ofrece con todas las garantías de calidad, se requiere plasmar en un instrumento los estándares de habilitación con el fin de tener unas pautas generales que sirvan de consenso para garantizar la calidad en la prestación y el reconocimiento social del mismo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Diseñar un instrumento de estándares de habilitación con el fin de tener unas pautas generales de consenso y medición para garantizar la calidad en la prestación del servicio de Terapia Neural en Colombia.

1.4.2 Objetivos específicos

- Realizar consultas sucesivas, utilizando el método Delphi con participación de expertos para identificar cuáles deben ser los estándares de habilitación para la prestación del servicio de Terapia Neural en Colombia.
- Establecer un consenso entre los expertos para plantear el contenido de los ítems de un instrumento de estándares de habilitación de prestadores de servicios de Terapia Neural en Colombia.
- Diseñar el instrumento con estándares para habilitar los servicios de Terapia Neural en Colombia

2. Marco conceptual

En este marco se hace una presentación de los conceptos relacionados con la Terapia Neural, del Sistema de Garantía de la Calidad, estándares de habilitación y el Método Delphi que sirvieron de punto de referencia conceptual para el proceso de construcción del instrumento.

2.1 Política de prestación de servicios de salud en Colombia.

Buscando promover una actuación articulada, de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios públicos y privados de salud, los reguladores, los aseguradores, las organizaciones de usuarios y las entidades vinculadas con la investigación y el desarrollo, el Ministerio de la protección Social, formuló en el año 2005 la política Nacional de prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia. El propósito de esta política es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población¹⁴.

Los enfoques de atención centrados en el paciente y el mejoramiento continuo de la calidad, constituyen los ideales de la prestación de servicios de salud¹⁵; diagnósticos previos a la formulación de esta política detectaron que si bien en 2002 se definió en el país el Sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), la información sobre la

¹⁴ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Política Nacional de servicios de salud. Bogotá. 2005.

¹⁵ ALIANZA INTERNACIONAL DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES. Políticas de la AIOP www.patientsorganizations.org/involvement. [consultado marzo de 2012]

calidad de los servicios era incipiente y no existían mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.

Se buscó entonces la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad y el fomento al desarrollo del talento humano, teniendo como principios fundamentales el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.¹⁶

Estrategias como el Fortalecimiento de sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, tienen el objetivo de disminuir los riesgos de la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población. La Habilitación busca el establecimiento de programas de mejoramiento continuo en las IPS y la acreditación busca el conocimiento por parte de los usuarios de sus derechos y deberes, así como los resultados de las diferentes intervenciones practicadas.

La consolidación y el ajuste al Sistema único de Habilitación, el desarrollo e implementación del Sistema único de Acreditación y la implementación y monitorización de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, definen el marco de referencia de indicadores de calidad para el país.

2.2 Estándares de habilitación

En Colombia el sistema de Habilitación que es definido normativamente como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema de salud de los prestadores de servicios de salud.

Son la herramienta inicial del Sistema de Garantía de la Calidad que se configura en el proceso único de evaluación a los Establecimientos de Salud públicos y privados del país, y su propósito fundamental es proteger a los usuarios de los riesgos propios

¹⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Decreto número 1011 DE 2006. Artículo 3. Bogotá. 2006.

asociados a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen¹⁷.

Incluye un conjunto de normas o patrones de referencia que fueron diseñados mediante la metodología de “estándares” que son requisitos “mínimos exigidos, alcanzables y de estricto cumplimiento” indispensables para la prestación de servicios de salud, en cuanto a las condiciones tecnológicas y científicas que determinan el nivel de exigencia para cada área para los establecimientos que ofrezcan servicios de salud, definiendo el nivel de calidad necesario para que en dichos establecimientos se brinden servicios de salud de forma segura.

Por ser esenciales, los estándares no son exhaustivos, ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; incluyen únicamente aquello cuya ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio¹⁵.

Los estándares atienden tres principios básicos: fiabilidad, esencialidad y sencillez.¹⁸

La fiabilidad se refiere a la claridad de la forma de aplicación y verificación de cada estándar, para que los verificadores puedan realizar una verificación objetiva y homogénea.

La esencialidad se refiere a que las condiciones de capacidad tecnológica y científica constituyen requerimientos que protegen la vida, la salud y la dignidad de los usuarios, de los riesgos que atentan contra dichos derechos, durante la prestación de servicios de salud.

La sencillez guía la formulación de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos de su verificación, con el fin de que ellos sean fácilmente entendibles y aplicables por los prestadores de servicios de salud, por las autoridades

¹⁷ CENTRO DE GESTION HOSPITALARIO COLOMBIA. Sistema de Habilitación. <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>. [consultado feb 2012]

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Resolución número 1439 de 2002. Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares.... Bogotá. 2002.

encargadas de su verificación y, en general, por cualquier persona interesada en conocerlos.

Son estándares principalmente de estructura. Están diseñados de manera que permitan la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud, contemplando los riesgos derivados de la inoperancia del servicio prestado.

Son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud en las siguientes áreas temáticas:¹⁹

- Recursos humanos. Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia de este recurso para el tipo de atención.
- Infraestructura física. Son áreas o características de las áreas y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- Dotación. Son las condiciones de los equipos médicos y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos institucionales.
- Insumos y su gestión. Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la observancia de las condiciones legales para el uso de insumos médicos y las condiciones técnicas de almacenamiento de insumos cuya calidad dependa de ello.
- Procesos prioritarios asistenciales. Es la existencia de procesos de atención de los usuarios, que tengan una relación directa con la prevención o minimización de los riesgos definidos como prioritarios.
- Historia clínica y registros clínicos. Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente, y las condiciones técnicas de su manejo y de los registros clínicos.
- Interdependencia de servicios. Es la existencia y disponibilidad de servicios indispensables para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.

¹⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Anexo técnico no.2 manual único de procedimientos de habilitación de la resolución 1043 del 3 de abril de 2006 “por la cual... Bogotá. 2006.

- Referencia de pacientes. Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes.
- Seguimiento a riesgos. Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios definidos como prioritarios.

Cada una de estas áreas tiene identificados los criterios, que permiten precisar la interpretación de las áreas temáticas. A su vez, cada área temática tiene definidos detalles específicos para aquellos servicios en donde se considera esencial la aplicación del estándar. El conjunto de áreas temáticas, criterios de interpretación y tablas de precisión, por servicios, integra el estándar de condiciones tecnológicas y científicas de obligatorio cumplimiento.¹⁷, sin embargo se hace necesario el establecimiento de estándares específicos para la prestación del servicio de Terapia Neural en el País.

2.3 Medición de la calidad en la prestación del servicio.

La definición y medida de la calidad han resultado ser particularmente complejas en el ámbito de los servicios, por la naturaleza intangible de los servicios.²⁰

Son diversas la definiciones que se atribuyen al concepto de calidad, la mayoría hacen referencia a la preferencia por los clientes, a hacer las cosas correctas de la manera correcta, a cumplir los compromisos y satisfacción de los clientes, etc.

Cuando se habla de calidad en la prestación del servicio de salud en Colombia se hace referencia a la calidad en la atención de salud prestada, y se parte de la definición presente en el decreto 2309 de 2002, ARTICULO 4: donde se entiende la calidad de la atención de la salud como: “la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional optimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.²¹

²⁰ DUQUE EDISON, Jair. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. Revista Innovar. No 25. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2005.

²¹ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Decreto 2309 de 2002 Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá 2002.

Además se tienen en cuenta las 4 bases fundamentales para la buena gestión de la calidad en cualquier tipo de organización:²²

- La calidad es una actitud de todas las personas que se involucran en un servicio con el reconocimiento de que todo es susceptible a mejorarse.
- La razón prioritaria de las acciones en una organización hospitalaria es reconocer que estas existen porque hay seres humanos y comunidades que requieren de ellas.
- La calidad requiere ser medida, evaluada y mejorada a través del conocimiento de hechos y datos del nivel de satisfacción que genera el servicio y el comportamiento de sus procesos.
- La calidad implica procesos de auditoria que involucran a las personas.

Evaluar los procesos nos permite conocer la naturaleza y el contenido de los servicios ofrecidos al paciente como la tecnología utilizada, la cantidad y la calidad de los recursos utilizados, el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos, la aplicación de protocolos de manejo así como la adecuada integración de los servicios de la organización. Además, para poder evaluar los procesos se requiere hacer medición, que es acto de comparar cuantitativamente los resultados con las exigencias, para llevar un cálculo de desempeño.

La medición en salud es una constante, que no contempla únicamente la recolección de datos y que está directamente relacionada con la formulación de indicadores y la toma de decisiones. Adicionalmente debe contar con una serie de características para la implementación y cumplimiento del objetivo: deber ser pertinente, precisa, oportuna, confiable y debe sobrepasar la barrera costo – beneficio y orientarse a tres tendencias: calidad satisfacción y valor.²²

Los mejores sistemas de medición se centran en evaluar tres aspectos distintos del servicio: el proceso de prestación del servicio, el producto o resultado y la satisfacción del cliente.

²² GOMEZ RESTREPO, Jorge Humberto. Fundamentos de la salud pública, tomo ii administración de servicios de salud, Ed. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín. 2005.

Por lo tanto, para diseñar un sistema de medición efectivo, hay que considerar los tres principios expuestos a continuación:²³

1. Los tres tipos de mediciones (proceso, producto y satisfacción) deben estar en consonancia con lo que realmente importa al cliente.
2. Seleccionar cuidadosamente las medidas concretas y establecer un sistema de medición compensado entre mediciones de proceso, producto y satisfacción.
3. Otorgar importancia al sistema de medición.

Existen diferentes instrumentos de medida de la calidad de servicio siendo el SERVQUAL y el SERVPERF los más utilizados. El primero tiene en cuenta una escala a partir de las percepciones reales por parte de los clientes del servicio y expectativas que sobre este se habían formado, mientras que el segundo emplea únicamente las percepciones.²⁴

Otra alternativa, en lugar de recurrir a los modelos anteriores, es optar por construir cuestionarios específicos para conocer la calidad del servicio y la satisfacción del cliente. Para esto se diseña un cuestionario formado por un número de preguntas sobre diferentes aspectos del servicio, que deben ser contestadas por los clientes y con la información recogida se procede a la explotación estadística para obtener conclusiones relevantes y poder mejorar.

En cuanto a la calidad de los instrumentos de medición, se requiere de una serie de pruebas denominadas psicométricas, unas relacionadas con la validez, y otras con la confiabilidad.²⁵

La validez es definida como el Grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir; puede evaluarse para determinar la aceptación en el escenario de

²³ CAMISON, Cesar. La gestión de la calidad por procesos: Técnicas y Herramientas de calidad. 2009 [en línea] [consultado marzo 2012]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/cursos/gestion-calidad-procesos-tecnicas-herramientas-calidad>

²⁴ RUIZ-OLALLA, C. "Gestión de la calidad del servicio", [en línea] [consultado febrero de 2012] disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv> 2001

²⁵ RODRÍGUEZ MA, Lopera J. Conceptos básicos de la validación de escalas en salud mental. [en línea]. [Consultado Marzo 2012] disponible en http://201.234.78.173:8081/cvllac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000244163

aplicación (facial), determinar el dominio de sus contenidos (de contenido) o determinar la relación entre los constructos (validez de constructo).²⁶

La confiabilidad, es definida como la capacidad de un instrumento de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes en situaciones similares de medición. Esta puede ser evaluada a través de la consistencia interna y la consistencia test retest²⁷.

2.4 Terapia Neural

“La Terapia Neural es un sistema médico complejo de carácter sintético e integral, cuyo objetivo no se centra en abordar la enfermedad, sino al enfermo como un todo, donde la interacción entre mente, cuerpo, emociones y ambiente tiene una repercusión en el curso y aparición de los procesos fisiológicos y mórbidos del organismo”. Pinilla, Toscano 2012.²⁸

Es una práctica en salud ejercida especialmente por los médicos la cual entiende al ser humano como un sistema complejo y termodinámicamente abierto, relacionado con su totalidad y con los demás constituyentes de la vida, gracias a su sistema nervioso principalmente- pero no únicamente-, en la que se hacen aplicaciones con anestésicos locales a bajas concentraciones en puntos específicos del cuerpo, intentando darle un impulso inespecífico, que por vía neural principalmente, pueda guiarlo a su propio orden, es decir, pueda llevarlo a su auto curación²⁹.

Se inyectan anestésicos locales (procaína o lidocaína) en bajas concentraciones (0,5 – 1%), en pequeñas cantidades entre (1-10 cm³), en diferentes partes del cuerpo con fines terapéuticos mas no anestésicos, pues la terapia está orientada a generar una nueva

²⁶ PARRA, Dora. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol... [en línea][consultado febrero de 2012], disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15627/18158>.

²⁷ ERNACHE, Álvaro. Cuestionarios y encuestas. [en línea] [consultado enero de 2011] disponible en <http://es.scribd.com/doc/266584/CUESTIONARIOS-Y-ENCUESTAS>

²⁸ PINILLA, Laura y TOSCANO Faneth. Los principios de la terapia neural desde los fundamentos del nervismo hasta la neurociencia actual. Salud UIS 2012; 44 (2): 57-65.

²⁹ PAYAN DE LA ROCHE, Julio Cesar. Desobediencia vital. 1ª Edición. Salbe Ediciones B. Aires Argentina. 2004. Pág. 98.

respuesta adaptativa del organismo mediante esta aplicación; el mecanismo de acción de los anestésicos locales en esta terapia aún no ha sido bien establecido³⁰

La Terapia Neural es una especialidad reciente que toma sus bases teóricas de la fisiología rusa de mediados del siglo XIX; específicamente de los conceptos fisiológicos del nervismo, desarrollados por las investigaciones científicas de Pavlov, Speransky y Sechenov. Posteriormente, hacia la primera mitad del siglo XX, se desarrolla la técnica y la práctica de la terapia neural gracias a las investigaciones realizadas por la escuela alemana de los Huneke. Actualmente, la terapia neural continúa progresando en la investigación para consolidarse como un sistema médico complejo.²⁸

En cada país la Terapia Neural ha ido evolucionando de manera diferente. Actualmente se destacan asociaciones y trabajos importantes en Ecuador, México, Argentina, España, Colombia y Alemania.

La Terapia Neural llega a Colombia gracias a German Duque (1933-1991) médico cirujano, internista y ginecoobstetra Colombiano que recibió las enseñanzas de Peter Dosh, médico alemán, discípulo de los Huneke, en Alemania en la década del 70, y desde entonces inicio su enseñanza y practica en Colombia, primero en el departamento del Cauca y luego en Cundinamarca hasta su muerte a inicio de la década del 90. German Duque, funda la Sociedad Latinoamericana de Medicina Biológica y conforma la Escuela de Medicinas Alternativas donde se hace maestro para miles de médicos que siguieron y multiplicaron sus enseñanzas.³¹

El gobierno Colombiano reconoció la Terapia Neural junto con otras terapias alternativas hacia el año 1992. En el año 2001 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia³² incorporo su enseñanza como curso de extensión y en el año 2007 como Maestría, siendo pionera en el mundo con este emprendimiento.

³⁰ CRUZ, Yamile y FAYAD, Raman. Microtúbulos y terapia Neural: Propuesta de una investigación promisorio. rev.fac.med [en línea]. 2011, vol.19, n.1 [consultado octubre de 2013], pp. 82-92. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000100009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0121-5256.

³¹ ANTUNEZ, Carlos. "German Duque Mejía". Medicina Biológica. [en línea] [consultado Dic 2012] <http://1medbio.blogspot.com/2011/01/german-duque-mejia.html>.

³² UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Acuerdo número 055 de 2006. Consejo superior universitario (Acta 20 del 19 de septiembre) "Por el cual se crea el programa curricular de postgrado Maestría en Medicina Alternativa en la Universidad Nacional de Colombia.". Bogotá 2006.

Respetando la singularidad de cada ser (mente, cuerpo, espíritu), la Terapia Neural no se relaciona con enfermedades o diagnósticos, sino con seres humanos únicos y capaces, que se encuentran en un paso trascendental de su proceso vital de aprendizaje. Y reconociendo la sabiduría de la vida presente en cada persona, posibilita la reinención de seres más conscientes y responsables de su existencia y la del Universo, es decir, de seres más felices y más libres.³³

2.4.1 Enfoque de integralidad

El enfoque de integralidad de la Terapia Neural da cuenta del carácter eco-bio-psico-social de los seres humanos y propone aun una mirada en todos los planos del ser: espiritual, físico, psíquico, y otros de la persona.

Esta integralidad invita a considerar a los seres humanos como realidades complejas e indivisibles, atravesados por múltiples dinámicas que se inter-relacionan. En especial la consideración de que el ser humano no se agota en la dimensión biológica o física o meramente en lo orgánico funcional. Una intervención integral implica actuar sobre las dimensiones psicológica, social, espiritual y física del paciente. Considerando el entorno afectivo y familiar, los aspectos emocionales, su visión particular sobre la enfermedad y el soporte psíquico.³⁴

Se tienen en cuenta también los sistemas de creencias culturales acerca del cuerpo, de la salud y la enfermedad, las relaciones con su entorno familiar y de trabajo, las creencias generacionales, las construcciones culturales, las condiciones de vida y satisfacción de sus necesidades básicas, en fin su estado de bienestar.

³³ VINYES, David. Definición Terapia neural. [en línea] [consultado Enero de 2012] disponible en: http://terapianeural.com/index.php?option=com_cocontent&view=article&id=185%3AAla-terapia-neural-introduccion&catid=13%3Ainformacion_basica&Itemid=1&lang=es.

³⁴ MACHIAVELLI, Ricardo. ¿Qué es la Terapia Neural?. [en línea] [consultado Enero de 2012] disponible en: http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&task=category§ionid=4&id=19&Itemid=26

Es un enfoque integral desde la medicina, las ciencias sociales, la psicología, la biología, la antropología, etc. que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de los pacientes y la sanación de su individualidad.³⁵

El enfoque de integralidad tiene como estrategia fundamental, la integración de diferentes saberes y disciplinas, articulándose en torno a la solución de las necesidades del paciente, en concordancia con su historia de vida.

2.4.2 Situación mundial legislación terapia neural

Por lo que respecta a la situación mundial, no existe una regulación global de las terapias naturales en ningún país occidental, aunque algunos han regulado aspectos parciales. Algunos países, pese a no tener normativa específica que las regule, adoptan una actitud tolerante con estas prácticas.³⁶

Se proporciona formación sobre terapias naturales en todos los países, pero varía mucho su grado de oficialidad: unos países tienen especialidades para médicos en la Universidad (Alemania), otros tienen programas postgrado también en la Universidad (Italia), y en otras ocasiones la formación se facilita en escuelas o institutos privados (Canadá, Suecia).¹⁷

Unión Europea: Las terapias alternativas, en general, no están reconocidas por las autoridades sanitarias de los países de la Unión Europea o lo están en diferente grado y con frecuencia rodeadas de prejuicios sobre la racionalidad científica en la que se sustentan. Varios países de la UE han regulado algún aspecto de las terapias alternativas, pero con amplias variaciones en lo que han contemplado.

En algunos países son aplicadas principalmente por médicos, mientras que otros, fundamentalmente los nórdicos, se permite hacerlo a no médicos.

³⁵ PAYAN, Sandra. Mecanismos y organismos. [en línea] [consultado junio 2012] disponible en: http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=188%3Amecanismos-y-organismos&catid=14%3Adel-concepto&Itemid=1&lang=de

³⁶ MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD ESPAÑA. Análisis de situación de las terapias naturales. Madrid 2011. [en línea] [consultado JULIO 2012] disponible en: www.elpais.com/elpaismedia/ultimahora/media/201112/20/sociedad/20111220elpepusoc_1_Pes_PDF.pdf.

Los distintos enfoques de cada país han causado la imposibilidad de llegar a acuerdos para la regulación de las medicinas complementarias y naturales en la Unión Europea.

En 1999, se comenzó a fomentar el reconocimiento oficial de las medicinas alternativas en las facultades de medicina, a fin de alentar su uso en hospitales y estimular a los médicos a estudiarlas en el ámbito universitario.

Sin embargo, hasta el momento, ninguna terapia alternativa se constituye como especialidad médica oficial entre las especialidades médicas listadas de la directiva europea.

Bajo la resolución 1206 (1999) del Consejo de Europa sobre medicinas no convencionales se señaló que las medicinas alternativas o complementarias podrían ser practicadas por médicos convencionales, así como por cualquier práctico bien formado de la medicina no convencional. Los pacientes pueden consultar a uno o al otro, bien remitidos por el médico de familia o a su libre albedrío, prevaleciendo los principios Éticos.³⁶

Respecto a las propias técnicas, en países como Reino Unido, Alemania, Bélgica, Holanda y países Nórdicos se está incorporando la medicina alternativa y complementaria a las estructuras sanitarias tradicionales.

La unión Europea completó en 1998 un proyecto COST (cooperación Europea en el campo de la investigación científica y Técnica) sobre medicina no convencional. Participaron varios gobiernos, entre ellos España, con el objetivo de demostrar las posibilidades, limitaciones y significación de la medicina alternativa, estableciendo un marco científico común, armonizando la legislación y ayudando a controlar los costes sanitarios, pero no se obtuvieron conclusiones prácticas.³⁷

En enero de 2010 se inició el proyecto CAMBRELLA, una red de investigación paneuropea sobre terapias alternativas, cuyos grupos de trabajo que lo componen, se centran en la terminología, el marco legal, las necesidades de los pacientes, la función de

³⁷ GONZALES Jesús, PRIETO Isabel y colaboradores. Análisis de la situación de las terapias naturales. Madrid 2011. [en línea] [consultado junio 2012] disponible en: <http://www.quiromasajistas.net/documentos/Analisis%20terapias%20naturales.pdf>

los tratamientos de terapias alternativas en los sistemas sanitarios y la metodología de investigación, pero sus resultados no se han publicado aún.

España: En España, aparte de la Real Orden del Ministerio de Gobernación de 1926, no hay normativa específica a nivel estatal que regule globalmente las terapias alternativas. A nivel de las Comunidades Autónomas, sólo Cataluña ha elaborado una norma concreta para regular las terapias alternativas, pero actualmente se encuentra anulada.³⁸

La única regulación aplicable a centros en los que se realizan terapias alternativas a nivel estatal es el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que contempla la unidad asistencial U.101-Terapias no convencionales definida como: Unidad asistencial en la que un médico es responsable de realizar tratamientos de las enfermedades por medio de medicina naturista o con medicamentos homeopáticos o mediante técnicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su eficacia y su seguridad.³⁹

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, existe un número elevado, aunque no cuantificado, de centros de terapias alternativas sin autorización sanitaria en los que ejercen profesionales no sanitarios y hasta la fecha, no se ha desarrollado ninguna titulación de formación profesional ni calificación profesional en la familia profesional de Sanidad para las terapias alternativas en España.

No obstante, en la actualidad, además de profesionales sanitarios, están actuando una serie de personas que realizan terapias alternativas sin poseer ninguna titulación de formación profesional ni calificación profesional. Pese a no estar reguladas ni las titulaciones ni la formación en este ámbito, universidades, sociedades, centros privados, etc. proporcionan formación para profesionales sanitarios y no sanitarios.⁴⁰

³⁸ BOMBILLAR, Francisco. Intervención administrativa y régimen jurídico del medicamento en la Unión Europea. Granada 2010. [en línea] [consultado julio 2012] disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/18645781.pdf>

³⁹ MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD ESPAÑA. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (BOE nº 254 de 23/10/2003). Madrid. 2003.

⁴⁰ PLANES, Carmen. Resumen del informe sobre la situación de las terapias naturales elaborado por el grupo de trabajo del ministerio de sanidad. Magazine societat d'acupuntors de catalunya nº104. Barcelona 2010. Pág. 4-14.

Estados Unidos: En Estados Unidos, en cada estado las leyes establecen que la práctica de la medicina sin autorización es un delito, definiendo de manera amplia cuestiones como el diagnóstico y el tratamiento de cualquier enfermedad humana. Tanto los proveedores de terapias complementarias/ alternativas sin autorización como los proveedores con autorización) que excedan su ámbito legislativo autorizado para la práctica de riesgo, pueden ser procesados por realizar prácticas médicas sin autorización.⁴¹

En virtud de las normas de mala praxis, los profesionales son responsables cuando sus prácticas se apartan de las normas de atención aplicable a su especialidad y cuando tienen por resultado lesiones en el paciente. Esto resulta problemático, ya que la atención complementaria/alternativa, por definición, se desvía de las normas de atención convencional.

Aunque cada vez más los proveedores de la asistencia complementaria/alternativa tienen autorización en los Estados Unidos, no hay normas jurídicas, que incluyan el uso de estas terapias, que históricamente han quedado fuera del ámbito de la medicina convencional.

Sin embargo, de las iniciativas del National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) han surgido los departamentos de medicinas alternativas en un número importante de facultades de medicina de los Estados Unidos.

Latinoamérica: En países de Centroamérica como Nicaragua la legislación sobre terapias alternativas dice textualmente: “Las terapias complementarias, son aceptadas en muchos países pobres y ricos. En Nicaragua se hace necesario ya que la población demanda su uso por ser confiable, eficaz y accesible, por ser un producto barato. Se hace necesario que estas prácticas sean reguladas por el Ministerio de Salud (MINSA)”.⁴²

En su artículo 1 dentro de las disposiciones generales afirma: "la presente Ley tiene por objeto institucionalizar, promover, resguardar y regular el ejercicio colectivo o individual

⁴¹ NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. Complementary medicine. [en línea] [revisado marzo de 2012] disponible en: <http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscom/index.htm>.

⁴² MINISTERIO DE SALUD NICARAGUA. Diario oficial. No 10, Legislación Terapias Alternativas. Managua, 18 de Enero de 2012. Pág. 362-370

en todo el país, de la medicina natural y las terapias complementarias, así como integrar la Medicina Natural, Terapias Complementarias y Productos Naturales en el Sistema Nacional de Salud".

La misma Ley en su artículo tres entre otros y dentro del Sistema Nacional de Salud, concede el derecho de la población, a decidir sobre el tipo de medicina o terapia bajo las cuales prefiere ser atendido, con medicina natural, terapias complementarias, tradicional/ancestral o bien la medicina convencional o una combinación de ellas.

Se otorga la correspondiente Licencia Sanitaria, a los diferentes centros y consultorios con una validez de cuatro años renovable, cuando cumplan los criterios de seguridad, eficacia, aceptabilidad social, de espacio e higiene sanitaria. No se encontró en lo revisado, legislación específica para la práctica de Terapia Neural en otros países Latinoamericanos.

3. Marco metodológico.

3.1 Tipo de estudio

Estudio metodológico que busca Identificar cuáles son los estándares de habilitación para la prestación del servicio de Terapia Neural en Colombia. Una vez identificados los estándares se diseña un instrumento, como propuesta para la habilitación de los servicios.

Para asegurar la viabilidad del trabajo y su rigor metodológico, se desarrolló el proyecto con la técnica de consenso de expertos Delphi.

Los estándares de habilitación están orientados a las condiciones de capacidad tecnológica y científica para los servicios prestadores de Terapia Neural en Colombia; se logró la participación activa y el consenso profesional de expertos con amplia trayectoria en Terapia Neural, y médicos con postgraduación en el área, los cuales aportaron experiencia y conocimiento para el diseño del instrumento, con el fin de que estos servicios se puedan ejercer dentro del ámbito del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población hace referencia a los médicos prestadores del servicio de Terapia Neural en Colombia

3.2.2 Muestra

El Panel de expertos fue conformado por un grupo de médicos expertos y médicos graduados en el área de Terapia Neural residentes en distintas ciudades de Colombia.

Se solicitó al programa de maestría en terapia alternativa de la universidad una base de datos donde se incluía además de los egresados los médicos en ejercicio en esta área,

se encontraron 30 registros completos, los cuales se invitaron a participar, de los cuales 11 respondieron la invitación

Se tuvo en cuenta como experto: “aquel individuo cuya situación y recursos personales le posibiliten contribuir positivamente a la consecución del fin que ha motivado la iniciación del trabajo”, y que puede a su vez aportar una perspectiva relevante a la investigación⁴³, en este caso se trabajó con expertos en el área de Terapia Neural residentes en Colombia, durante 2012.

3.2.3 Criterios de inclusión

El criterio fundamental de selección es la competencia de los expertos en el área del conocimiento de la Terapia Neural sobre la base de su currículo y trayectoria personal. Se tuvo cuidado que en el grupo de expertos se incluyera a profesores, egresados y expertos en Medicina alternativa con énfasis en Terapia Neural.

3.2.4 Criterios de exclusión:

Durante el estudio se tuvo como criterios de exclusión a los participantes expertos que no respondieron a la invitación inicial en la que se mostraba el primer cuestionario, a los expertos que no respondieron los cuestionarios en la totalidad de las 3 rondas, y a los participantes que no respondieron la totalidad de los ítems de alguno de los cuestionarios.

3.3. Método Delphi

Se escogió la eficacia y sistematicidad del método Delphi para recopilar las opiniones de expertos sobre los estándares de habilitación para los servicios de Terapia Neural en Colombia con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración de un cuestionario y conseguir un consenso a través de la convergencia de sus opiniones.

⁴³ ORTEGA, Felix. El método Delphi, prospectiva en Ciencias Sociales a través del análisis de un caso práctico. [en línea] [revisado marzo de 2012] disponible en: <http://journal.ean.edu.co/index.php/Revista/article/viewFile/226/214>.

La técnica Delphi es definida como un método prospectivo de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo⁴⁴.

Se basa en la consulta en sucesivas rondas a un panel o grupo de expertos, que son personas que tienen grandes conocimientos sobre el tema que se desarrollará en el estudio; este panel deberá presentar pluralidad en sus conocimientos; pluralidad que buscará evitar la aparición de sesgos en la información disponible en el panel.

En el método Delphi sobresalen las ventajas que presentan los métodos basados en grupos de expertos, minimizando a la vez sus inconvenientes; esto es, se aprovecha la concordancia del debate en el grupo extrayendo las interacciones sociales no deseables observadas dentro de todo grupo, esperando obtener un consenso lo más fiable posible del grupo de expertos.

Este método presenta tres características fundamentales: Anonimato, Iteración con realimentación controlada y Respuesta del grupo en forma estadística⁴⁵. Ningún experto conoce la identidad de los demás expertos, se presentan varias circulaciones de un mismo cuestionario, incluyendo los resultados obtenidos con los cuestionarios anteriores, estimulando que los expertos interactúen y vayan conociendo los distintos puntos de vista y puedan ir modificando su opinión si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos.

La información que se presenta a los expertos es el resultado de la respuesta del grupo en forma estadística, por lo tanto, se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido y no solo el punto de vista de la mayoría. El anonimato minimiza la posibilidad de que las respuestas de un miembro del grupo sean

⁴⁴ BALADRON Antonio, CORREYERO Beatriz. Las revistas profesionales especializadas en España: resultados de un estudio Delphi. [en línea] [consultado enero de 2012] disponible en: <http://www.humanidades.uspceu.es/pdf/Articulo4Lasrevistasprofesionales.pdf>

⁴⁵ ASTIGARRAGA, Eneko. El Método Delphi. [en línea] [consultado abril de 2012] disponible en: http://www.prospectiva.eu/zaharra/03_Delphi_ESTe.pdf

influenciadas por la reputación de otro miembro o por la pena que supone oponerse a la mayoría, así mismo le permite cambiar de opinión y defender sus argumentos con tranquilidad. Solamente influenciado por la congruencia de los argumentos.⁴⁶

Previo al inicio de un Delphi el moderador, que es la persona encargada de preparar los cuestionarios y analizar las respuestas, formula el problema y delimita el ambiente y el espacio temporal en el que se desea realizar el estudio, para luego seleccionar el panel expertos y explicarles en que consiste el método y el objetivo de los procesos que requiere la metodología.

En un Delphi se plantean sucesivas circulaciones o fases permitiendo ir desde un primer cuestionario desestructurado a cuestionarios con mayor nivel de consenso que finaliza con un informe donde se analiza el nivel y términos del consenso alcanzado; si no se hubiese llegado a un consenso, existiendo posturas muy distantes, el moderador debería confrontar los distintos argumentos para averiguar si se ha cometido algún error en el proceso.

Se ha resaltado que la validez de los resultados aportados por el Método Delphi depende extraordinariamente de una selección adecuada de los expertos, donde deben considerarse dos elementos fundamentales: su número y su origen. Diversos experimentos realizados por investigadores de RAND mostraron que la validez de los resultados queda garantizada satisfactoriamente con un tamaño de panel superior a 13 expertos.⁴⁷

3.4 Procedimiento para el diseño del instrumento

El cuestionario inicial para el diseño del instrumento se basó en los 9 estándares de habilitación para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas incluidos

⁴⁶ VARELA, Margarita- DIAZ, Laura- GARCIA, Rocío. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. [en línea] [consultado en Marzo de 2012] disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-investigacion-educacion-medica-343/descripcion-usos-metodo-delphi-investigaciones-area-salud-90122899-metodologia-investigacion-educacion-medica-2012>

⁴⁷ ARAGON Salvador, Método Delphi. ABC, Junio de 2003. [en línea] [consultado marzo de 2012] disponible en: http://profesores.ie.edu/salvador_aragon/Documentacion/2003-M%E9todo%20Delphi.pdf

en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación” de la resolución 1043 de 2006.

Además se tuvo como punto de partida una revisión de la literatura científica existente en este tema, que complementó la referencia central de los lineamientos del Ministerio de la Protección social relacionados con garantía en la calidad en la prestación de los servicios de salud.

De cada estándar se obtuvieron los lineamientos para la construcción de los ítems relacionados con la Terapia Neural, y en base a estos se elaboraron las preguntas del cuestionario.

Fundamentada en esta revisión del estado del arte, se identificaron los estándares actuales de capacidad técnico científica para la habilitación de los servicios de Terapia Neural en Colombia, divididos en 9 parámetros: 1). Recursos humanos. 2) Infraestructura física. 3) Dotación 4) Insumos y su gestión 5). Procesos prioritarios asistenciales. 6). Historia clínica y registros clínicos. 7). Interdependencia de servicios. 8). Referencia de pacientes 9). Seguimiento a riesgos.

La definición conceptual que sustentó la formulación de los estándares, se encuentra establecida en la Ley 1043 de 2006.⁶ Se destacan los siguientes parámetros establecidos en la normativa y que se tomaron para la elaboración del instrumento:

- Recursos humanos. Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia de este recurso para el tipo de atención
- Infraestructura física. Son áreas o características de las áreas y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- Dotación. Son las condiciones de los equipos médicos y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos institucionales.

- Insumos y su gestión. Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la observancia de las condiciones legales para el uso de insumos médicos y las condiciones técnicas de almacenamiento de insumos cuya calidad dependa de ello.
- Procesos prioritarios asistenciales. Es la existencia de procesos de atención de los usuarios, que tengan una relación directa con la prevención o minimización de los riesgos definidos como prioritarios.
- Historia clínica y registros clínicos. Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente, y las condiciones técnicas de su manejo y de los registros clínicos.
- Interdependencia de servicios. Es la existencia y disponibilidad de servicios indispensables para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
- Referencia de pacientes. Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes.
- Seguimiento a riesgos. Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios definidos como prioritarios.

Estos estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social son las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud y son definidos como los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

El cuestionario se construyó con preguntas concretas, se siguió el sentido común científico-metodológico en la redacción y ordenación de las mismas y con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, siendo el 1 equivalente a totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

La primera versión del cuestionario se envió a todos los participantes, en lo que se constituyó la primera ronda del estudio. El envío y la recepción del cuestionario se realizó por correo electrónico en archivo adjunto, el cual estuvo conformado por una primera página con una breve introducción al tema de investigación, la explicación clara del objetivo de la investigación, el método que se utilizaría, la fase en que se encuentra el proceso de investigación y las instrucciones para cumplimentar el cuestionario y el consentimiento informado para participar.

Esta versión inicial incluyó ítems para cada uno de los nueve estándares actuales con apartados para realizar observaciones, con el objetivo de ampliar la información y establecer nuevos estándares necesarios para la prestación adecuada de un servicio de Terapia Neural en Colombia.

Las observaciones sirvieron para recoger las valoraciones cualitativas de cada uno de los expertos acerca de los ítems planteados, así como de inducción para identificar la necesidad de construir ítems nuevos.

Una vez recibidos los cuestionarios de todos los participantes se procedió al análisis de las respuestas desde el punto de vista cuantitativo mediante el apoyo de una hoja de cálculo Excel, y se tuvieron en cuenta las observaciones a las opiniones expresadas por los expertos a los ítems de este primer instrumento.

Se elaboró un segundo cuestionario a partir de los resultados y hallazgos de la primera ronda. Con los conceptos estructurados y los ítems nuevos sugeridos por los expertos; este segundo cuestionario se constituyó como el instrumento denominado Instrumento de identificación de estándares de Terapia Neural (IIETN), al cual se le realizó un refinamiento en el número y contenido de los ítems de acuerdo a los ajustes de la primera ronda por parte del investigador.

La tercera ronda de consulta para la validación por parte del grupo de expertos, consistió en presentar los argumentos unificados o consensuados de las opiniones sobre el

cuestionario, tanto desde el punto de vista de la formulación de los ítems como de las observaciones, para que cada uno reconsiderara sus criterios o mantuviera su postura.

Por último se realizó una fase donde el investigador sintetizó los resultados de todo el proceso de validación obtenida de la consulta iterativa a los expertos para lograr la versión definitiva del cuestionario.

El plan de análisis de los datos y de la información obtenida requirió que primero se describieran los datos, valores o puntuaciones obtenidos para cada ítem, realizando la media muestral, y la frecuencia de respuestas de cada uno.

Los resultados de este proceso se presentaron en términos de frecuencia pero sobre todo teniendo en cuenta las observaciones dadas por los 11 expertos para cada ítem, lo cual recogió la experiencia y la formación de los expertos participantes, grupo reducido en el país de especialistas en esta área.

3.5 Aspectos éticos

Se clasifica como una investigación de muy bajo riesgo. Se entregaron a los expertos en Terapia Neural consentimiento y acuerdo de participación y se tuvo en cuenta los 4 principios básicos de Bioética, concretamente:

- Principio de autonomía: Respetando la libre capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar, sin influencia de presiones externas o internas, todos los participantes (médicos expertos o magister en terapia neural que figuraban en la base de datos de la un) se trataron como seres autónomos, respetando su capacidad de autodeterminación. Cada participante, de forma voluntaria y libre decidió si ingresar o no al estudio para que sus opiniones fueran utilizadas para los fines descritos. Así mismo, contó con la libre decisión de abandonar en cualquier momento su participación.

- Principio de beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás implica la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles. En este

sentido, el análisis de este trabajo tiene un beneficio para el desarrollo de la terapia neural en Colombia, y sentará unas bases y unos principios generales para el desarrollo y evaluación de los mismos. Este principio exigió que la investigación estuviera bien concebida, y que los expertos fueran competentes para garantizar la calidad de sus aportes.

- Principio de no maleficencia: Es el *primum non nocere*, supone abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjuicio a otros. El investigador no obtuvo ninguna recompensa por su trabajo ni tampoco sufrió perjuicio por ello. Este trabajo es académico y mantiene el anonimato de los participantes.

- Principio de justicia: Todos los participantes en esta investigación fueron tratados de forma equitativa, y sus respuestas y aportes fueron procesados de esta misma forma sin diferenciarlos.

4. Análisis y discusión de resultados

La formulación de estándares de habilitación para la prestación del servicio, que permita el desarrollo de acuerdos para el ejercicio de la terapia neural en Colombia, es un requerimiento indispensable en este campo de la medicina alternativa.

La Terapia Neural es un área nueva en el campo de la medicina, sin embargo en parte por la demanda de los pacientes y en parte por la posibilidad de acceso al conocimiento sobre ella en la academia hay un número creciente de especialistas en esta área, sin embargo hoy día la cantidad de médicos especializados en esta área en Colombia no es muy abundante.

Para este estudio se entregó el cuestionario inicial del consenso Delphi vía e-mail a 23 expertos según los criterios de inclusión, de los cuales se obtuvo respuesta de 11 expertos quienes voluntariamente enviaron el cuestionario diligenciado.

Para la segunda ronda tres expertos no participaron más, uno de ellos hizo la observación: *“hay que tener cuidado: es muy peligroso querer encadenar a las golondrinas, o meter en un papel cuadriculado el viento”* y para la tercera ronda, se contó con la respuesta de los mismos expertos del cuestionario 2 es decir 8 participantes.

Se aplicó y diligenció el cuestionario denominado “Instrumento de identificación de estándares de Terapia Neural”. El proceso se realizó durante los meses de Mayo y Junio de 2012.

A continuación se presentan una descripción del contenido del instrumento y las evaluaciones de las tres rondas de expertos.

El cuestionario inicial fue estructurado con base en el *Manual único de estándares y de verificación de la Resolución 1043 de abril de 2006*, que es la normatividad legal vigente para el País en los tópicos relacionados, este instrumento contenía 41 preguntas encabezadas por los 9 estándares o dimensiones evaluados actualmente en el proceso de habilitación con los requisitos específicos para terapias alternativas y Terapia Neural (ver anexo A).

Con base a las observaciones realizadas por los expertos en el cuestionario inicial se obtuvieron 6 nuevos ítems para el segundo cuestionario, el cual evaluó 47 aspectos. (Ver anexo B).

Así mismo con las observaciones de los expertos del cuestionario dos se elaboraron 4 nuevas preguntas para el cuestionario tres, con un total de 51 ítems. (Ver anexo C).

El perfil de los jueces que participaron como expertos según el método Delphi fué: ser médico experto en el tratamiento con Terapia Neural residente en Colombia.

Teniendo en cuenta el Manual único de estándares y de verificación de la Resolución 1043 de abril de 2006 del ministerio de la protección social. *“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”*.

Se tomaron los estándares generales y específicos para la Terapia Neural, con este insumo se construyó el instrumento identificando como dimensiones los estándares y los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones a evaluar.

La escala de evaluación para los expertos fue de tipo Likert con cinco opciones de respuesta así: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

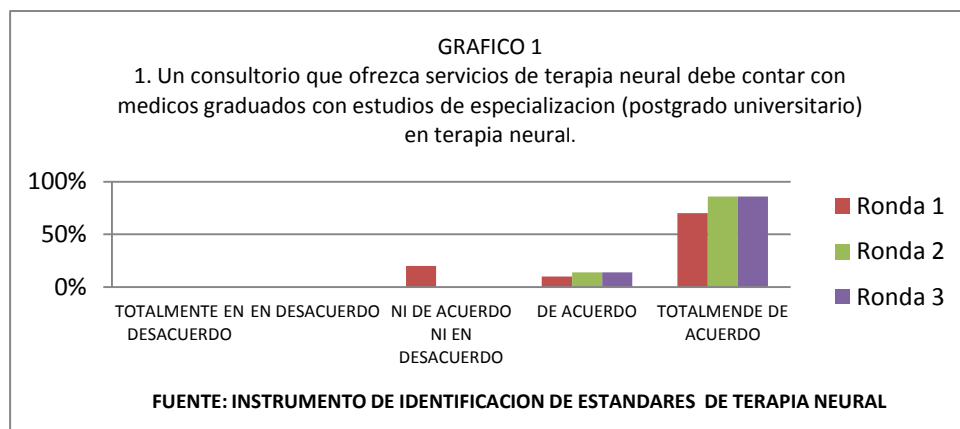
La investigación indago sobre los requisitos para el ejercicio de la Terapia Neural en Colombia de acuerdo al cumplimiento de las normas establecidas.

A continuación se presenta un análisis teniendo en cuenta la opinión de los expertos, y la revisión de la literatura sobre los ítems que deben considerarse en un instrumento de habilitación de los servicios de Terapia Neural en nuestro País.

4.1 Recurso humano

En cuanto recurso humano se tuvieron en cuenta dos ítems para evaluar esta *dimensión*: la formación avanzada en terapia neural, y la capacitación en soporte vital básico. Estos dos aspectos pretenden verificar por una parte la formación y por otra la actualización permanente en una actividad que aunque es de bajo riesgo, desde el punto de vista de la calidad presume que el profesional esté calificado.

4.1.1 Formación avanzada en Terapia Neural



La importancia de la observación de esta área radica en que para los expertos es importante que se tenga conocimientos y habilidades necesarias para poder ofertar el servicio de Terapia Neural con calidad.

Aunque desde la primera ronda hubo consenso en cuanto a estar de acuerdo en que un consultorio que ofrezca servicios de Terapia Neural debe contar con médicos graduados a nivel de posgrado en el área, dos expertos no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, vale la pena resaltar el siguiente comentario: *“En el país no había especialización en terapia neural, pues este título es reciente, así que..... ¿Qué van a hacer con los que hemos trabajado hace años sin título?”*

En este comentario hay expreso una verdad, pero también una realidad que debe llevar una actitud de cambio, para estar acordes con los requerimientos del ejercicio de la Terapia Neural, como una más de las especialidades médicas.

El desarrollo del conocimiento es muy rápido, lo cual hace que emerjan nuevas áreas del conocimiento, llevando consigo procesos de profesionalización y reconocimiento de las mismas mediante la formación que habilita la actuación en estas áreas.

En el caso de Colombia desde la Ley 14 de 1962, y el decreto 605 de 1963⁴⁸ que reglamentó la Ley 14, se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y la cirugía, abriendo un marco para normalizar las especialidades, el cual ha ido evolucionado con el paso del tiempo.

El artículo 26 de la Constitución Nacional de 1991 les da un piso para que no sólo puedan agrupar a los especialistas en cada disciplina, sino también propenden por un comportamiento ético de sus integrantes, estimular su modernización y contribuir a un recto y eficaz ejercicio profesional y tanto la Constitución política de 1991 como la Ley 30 de 1992 establecen la vigilancia y control como mecanismos para garantizar la calidad de la educación superior, situación que se manifiesta en normas como Decreto 1665 de 2002, por el cual se establecen los estándares de calidad de los programas de Especializaciones Médicas y Quirúrgicas en Medicina⁴⁹.

Le corresponde al Estado garantizar la calidad en la prestación de los servicios, en este sentido el sistema de garantía de la calidad para el sector salud en el Decreto 1011 de 2006, incorpora el concepto de habilitación para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) que quieran participar en la oferta de estos servicios⁵⁰.

Por lo tanto si se quiere prestar el servicio dentro del marco de la calidad se requiere de la formación a nivel de postgraduación del talento humano en Terapia Neural.

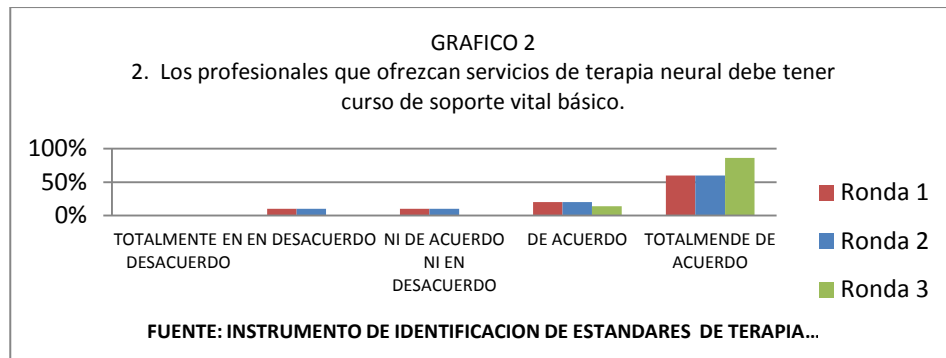
Seguramente será necesario establecer un periodo de transición mientras los prestadores del servicio acceden a la formación de posgrado en esta área. Sin embargo el proceso de habilitación requiere el cumplimiento de este requisito.

⁴⁸ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Diario oficial 31054. Bogotá, sábado 6 de abril de 1963.

⁴⁹ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Diario Oficial No. 44.892, Bogotá, 06 de agosto de 2002

⁵⁰ CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA COLOMBIA, Habilitación. [en línea] [consultado Julio de 2012] disponible en <http://www.cgh.org.co/temas.pdf>

4.1.2 Soporte vital básico



El Soporte vital básico se define como la atención no invasiva que se hace a un paciente y debe incluir la valoración primaria, el manejo básico de la vía aérea, la oxigenoterapia, la desfibrilación automatizada externa, la contención de hemorragias, la inmovilización y el traslado de pacientes.⁵¹

En todas las rondas la tendencia fue a estar de acuerdo con este ítem, sin embargo en la primera y segunda ronda dos personas no estaban de acuerdo con la necesidad de este requisito, pero en la tercera ronda el 100 % estuvo de acuerdo. Dentro de las observaciones estuvieron: *“Los estudios de toxicidad de la procaína no reportan casos de anafilaxia, shock o paro cardíaco en administración por vía intradérmica o intramuscular, por lo tanto si la administración se hace de manera correcta no se requiere conocimiento de soporte vital básico diferente al necesario para el ejercicio de cualquier terapia”* y una muy peculiar que decía: *“Se le debería de exigir a todo el mundo incluso a los taxistas”*.

Aunque como dice un experto se le debería exigir a todo el mundo, en Colombia se exige a los profesionales que intervengan en atención prehospitalaria, atención de urgencias, médicos que estén en procedimientos que involucren sedación y a los médicos que presten servicios de Terapia Neural, y se recomienda su renovación cada dos años.⁵²

⁵¹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Guías para manejo de urgencias. Tomo I. 2009. 3a Edición Bogotá, D. C., Colombia ISBN Tomo I: 978-958-8361-67-3

⁵² IBARRA, Pedro y col. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos. Revista Colombiana de Anestesiología. 2012; 40:67-74 - Vol. 40 Núm.01 DOI: 10.1016/S0120-3347(12)70012-6.

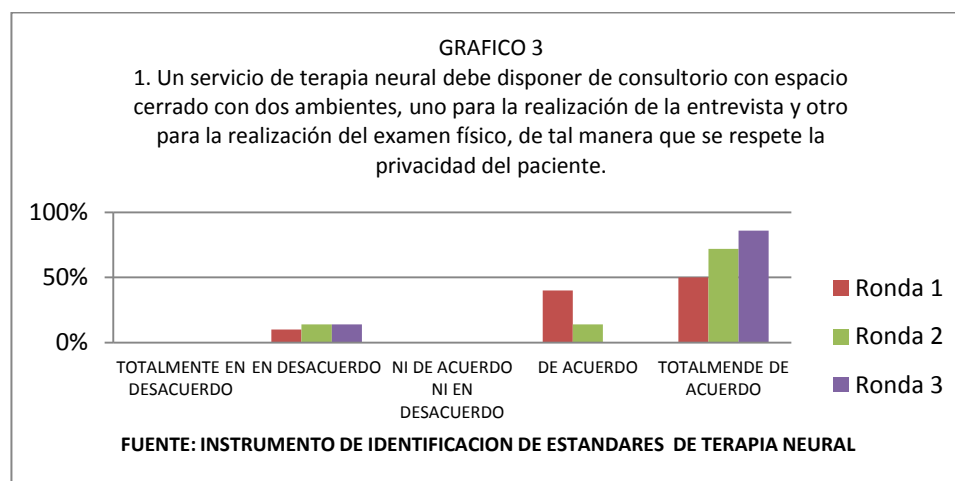
El motivo por el que se le exige a los médicos que presten Terapia Neural es porque al estar administrando un medicamento (procaína) existe un riesgo potencial de choque anafiláctico, por lo cual si se quiere prestar una atención integral con calidad, se requeriría que todo profesional que la practique cuente con este requisito.

4.2 Instalaciones físicas

Se interrogó sobre las áreas físicas necesarias para los procesos críticos asistenciales, sus características y su mantenimiento.

La importancia de la observación de esta área radica en que para ofertar un servicio de calidad, las áreas donde se realizan los procesos asistenciales deben garantizar que los procedimientos necesarios se realicen de forma segura, cómoda, minimizando las posibles complicaciones y deben estar en coherencia con la concepción de la Terapia Neural.

4.2.1 Ambientes en el consultorio



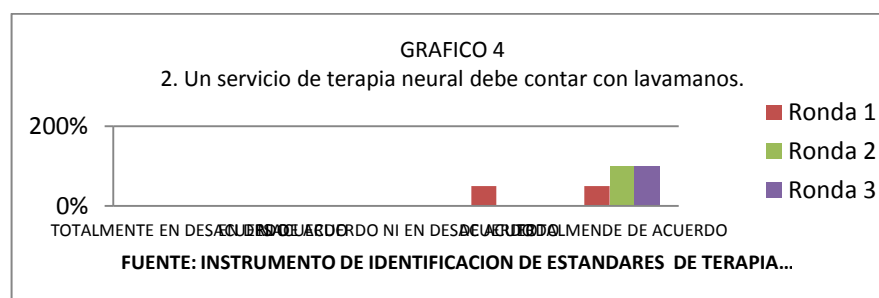
La norma establece que se deben contemplar en lo posible consultorios independientes para adultos y para niños, su área mínima por norma es de 10 M2., deben disponer de ventilación natural e iluminación y cuando se realice examen físico deben tener dos (2) ambientes: de entrevista y examen, separados con barrera visual que permita privacidad

al paciente. en algunos consultorios salida de gases medicinales, con iluminación y ventilación natural e iluminación eléctrica suficiente.⁵³

Aunque en general hubo consenso en las tres rondas para todos los ítems, se presentó discusión en cuanto a la existencia de dos ambientes cerrados, pues se argumentó por parte de los expertos: *“el espacio necesario para un consultorio de Terapia Neural debería ser el mismo que para un consultorio médico tradicional, es decir, un espacio para la entrevista y otro para el examen”*. También se hizo la observación: *“de que en el mismo sitio del examen físico, que generalmente es la camilla, se pueden realizar los procedimientos, pues no se considera necesario un espacio adicional”*, y *“la mayoría de los hospitales tienen este tipo de organización en sus consultorios, y lo contrario dificultaría la atención con Terapia Neural en estos sitios”*.

Los ambientes deben garantizar el acceso al servicio, en condiciones de calidad y calidez para los pacientes y comodidad para el profesional que labora allí. El médico y los pacientes deben contar con espacios ergonómicos y confortables, que faciliten la privacidad que el tratamiento con Terapia Neural requiere logrando la optimización del espacio haciendo más eficiente el servicio de salud. Algunos comentarios de los expertos hacían énfasis a la existencia de más de dos espacios, pero esto no es lo que exige la norma.

4.2.2 Lavamanos



La norma dicta: el Área de examen debe disponer de lavamanos y este no será obligatorio cuando se disponga de unidad sanitaria, los consultorios de profesionales

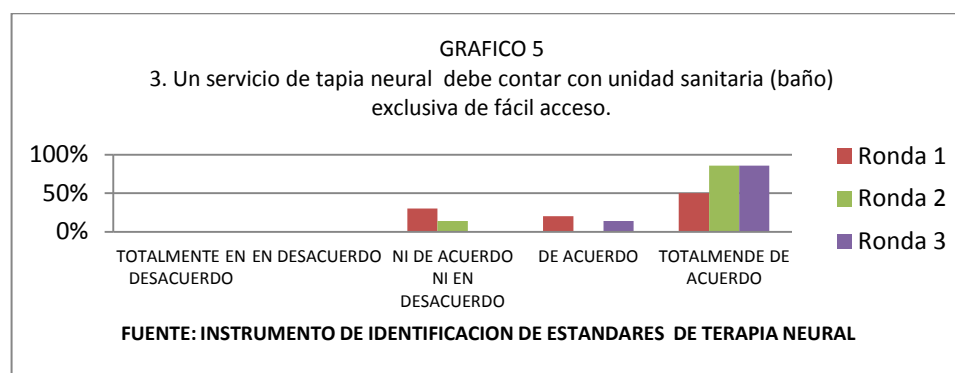
⁵³ SECRETARIA DE SALUD BOGOTA. Manual guía para el diseño arquitectónico servicio de consulta externa. Bogotá DC 2010.

independientes, deberán cumplir con las condiciones exigidas para el consultorio de medicina general.⁵⁴

La tendencia de las respuestas de los expertos a este ítem fue a estar de acuerdo. No se realizaron observaciones.

Al ser la Terapia Neural una terapia infiltrativa es necesario contar con un lavamanos si se quiere prestar un servicio que garantice la aplicación de una terapia que minimice los potenciales riesgos a los que está expuesto un paciente.

4.2.3 Unidad sanitaria



Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, instalarán en el área física destinada a los servicios, por lo menos una unidad sanitaria que conste de: un inodoro y un lavamanos, por cada quince (15) personas, incluyendo pacientes ambulatorios, visitantes y personal que en él labore, discriminados por sexo y por uso.⁵⁵

Hubo tendencia a estar de acuerdo, se hizo una observación que decía: “a que se refiere unidad sanitaria” y otra que decía “Al menos tener una unidad sanitaria cercana de fácil acceso, aunque no se encuentre dentro del consultorio”.

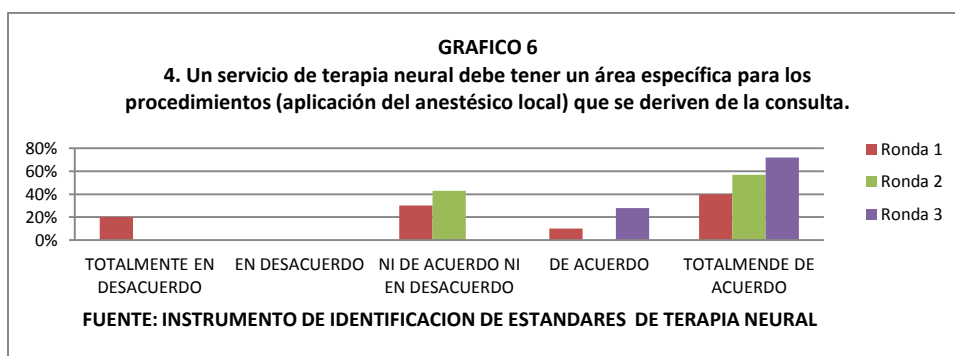
En Terapia Neural hay procedimientos que requieren que el paciente haga uso de la unidad sanitaria, como por ejemplo aquellos que requieren desocupar vejiga, por eso si

⁵⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Resolución 2008 de 2007. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la ley 09 de 1979. Bogotá. 2007.

⁵⁵ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Resolución Numero 4445 DE 1996. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Bogotá, 1996.

se piensa en la comodidad del paciente y del médico, es necesario que haya disponibilidad de unidad sanitaria.

4.2.4 Área de procedimientos



La norma establece que es un espacio destinado a la atención de pacientes no contaminados, debe contar con un área mínima de 12 M2, un prelavado y un área en la que se adelanta el informe del procedimiento realizado, disponibilidad de tomas de redes de gases especiales, tomas eléctricas necesarias para conectar los equipos requeridos. Los acabados de muros, pisos y cielorraso deben ser en material durable de fácil limpieza, que puede ser para muros y cielo raso una pintura epóxica, esquinas redondeadas, guarda escobas y uniones de cielorraso con el muro, en mediacaña. La puerta de la sala debe tener mínimo 1.50 mts de ancho y 2.10 mts de alto con sus respectivos protectores para golpes de camilla y sillas de rueda y con visor en vidrio a una altura de 1.30 mts., debe contar con ventilación e iluminación natural y/o ventilación mecánica.⁵⁶

En la primera ronda no hubo consenso y se hicieron varias observaciones: *“se puede hacer el procedimiento en el área de examen físico”, “lo anterior implicaría un espacio adicional en los consultorios y la mayoría tienen solo dos espacios, el de la entrevista y el del examen físico, pues la construcción de los consultorios es cerrada con dos ambientes, “área específica no debería entenderse como área independiente, ni con normas diferentes de esterilidad que las requeridas para un consultorio médico.” “Si, la misma área donde se realiza el examen” “que procedimientos?” “Si esta área corresponde a lo que es una camilla dentro del consultorio, estoy de acuerdo. Si es un área diferente no estoy de acuerdo porque eso complicaría las cosas para el modelo de atención en salud para el*

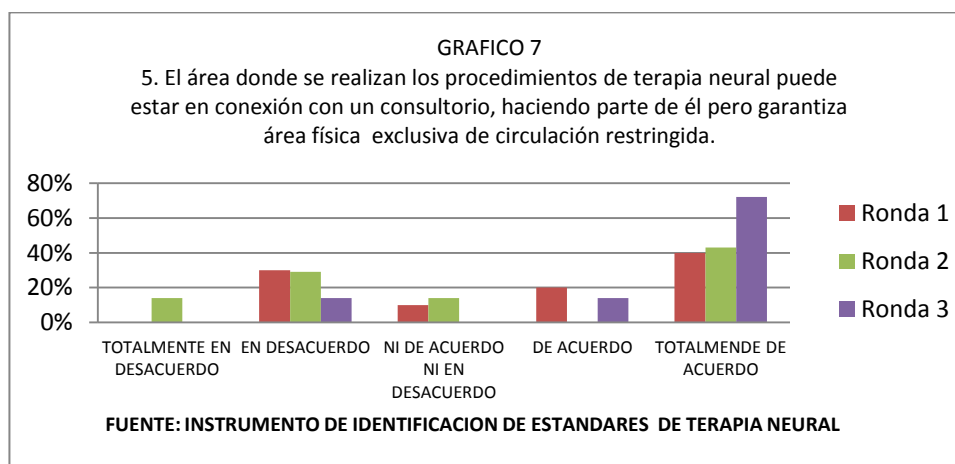
⁵⁶ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD D.C. Manual guía para el diseño arquitectónico del servicio de urgencias. Bogotá 2010.

caso Terapia Neural en Hospitales del estado.”

En la última ronda se logró consenso en cuanto a estar de acuerdo con un área específica para los procedimientos derivados de la consulta.

El procedimiento que se hace en una consulta de Terapia Neural, no va más allá de la aplicación del anestésico local, que guardando todas las normas recomendadas de asepsia y antisepsia no requeriría de un espacio especial a parte del sitio donde se realiza el examen físico para su aplicación, desde que este sitio cumpla con las normas universales para un espacio donde se realice aplicación inyectada de un medicamento. Este espacio no se exige actualmente pues para Terapia Neural se toman las normas de un consultorio donde se realizan procedimientos, como se aclara en el siguiente ítem.

4.2.5 Área física exclusiva de circulación restringida para los procedimientos



Las normas del área de procedimientos mínimos son las mismas que para consultorios en los que se realicen procedimientos, siempre y cuando se trate de procedimientos ambulatorios no quirúrgicos que como criterios generales, si requieren anestesia no conllevan una complejidad mayor a la anestesia tópica y donde nunca se realizan intervenciones que impliquen solución de continuidad de la piel.

Esta área puede estar en conexión con un consultorio, haciendo parte de él pero garantiza área física exclusiva de circulación restringida. En el área de procedimientos los pisos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza. Los consultorios además de las condiciones definidas para consulta externa, deben contar con lavamanos y los pisos, cielos rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza. Si en el consultorio sólo se retiran puntos en herida limpia y se realiza inyectología o lavado de vías lagrimales, no se requerirá de dicha área, pero se debe garantizar en todo caso, la esterilización del instrumental, equipo e insumos empleados.⁵⁷

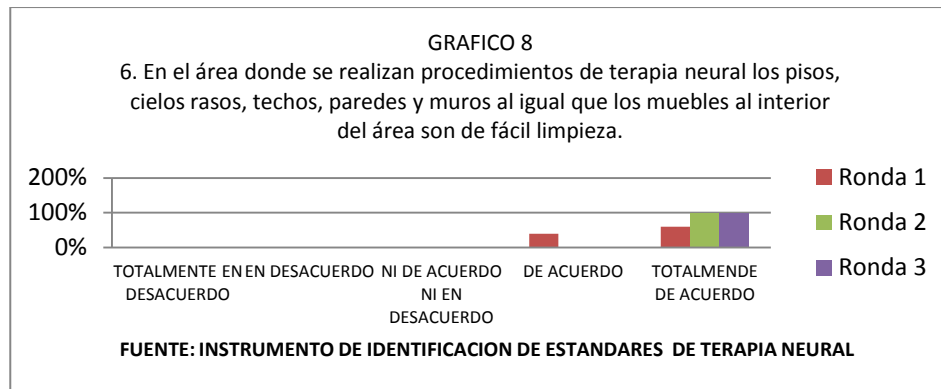
Aunque en la última ronda se llegó a consenso por parte de los expertos a estar de acuerdo con la existencia de un área física exclusiva de circulación restringida para realizar los procedimientos de Terapia Neural en el consultorio.

En todas las rondas algunos expertos no estuvieron de acuerdo con este ítem y se hicieron observaciones *“Se puede hacer el procedimiento en el área de examen físico”* *“Lo anterior implicaría un espacio adicional en los consultorios y la mayoría tienen solo dos espacios el de la entrevista y el del examen físico, la construcción de los consultorios en general es cerrado con dos ambientes”* *“Área específica no debería entenderse como área independiente, ni con normas diferentes de esterilidad que las requeridas para un consultorio médico”* *“Si la misma área donde se realiza el examen”* *“No le veo necesidad a toda esa parafernalia”*

Al igual que en el punto anterior no se considera necesario para prestar un servicio que involucre todos los aspectos de atención de calidad como seguridad para el paciente y comodidad para el médico un espacio adicional a los dos ambientes de entrevista y de examen, pues los procedimientos que se realizan en terapia neural no lo exigen, siempre y cuando el espacio destinado para el examen cumpla los requerimientos de asepsia y antisepsia, y se asegure la esterilización del instrumental, insumos y equipos empleados.

⁵⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Anexo Técnico 2. Resolución número 1043 de 2006. Bogotá, Colombia.

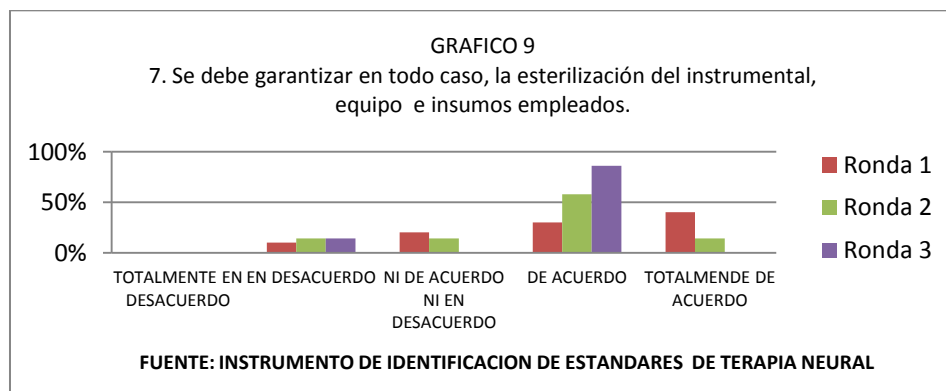
4.2.6 Materiales área de procedimientos



Los acabados de muros, pisos y cielorraso deben ser en material durable de fácil limpieza, que puede ser para muros y cielo raso una pintura epóxica, esquinas redondeadas, guarda escobas y uniones de cielorraso con el muro, en mediacaña.⁵¹

En todas las rondas las respuestas de los expertos se ubicaron en la franja a estar de acuerdo, no se hicieron observaciones. Este ítem es muy importante a la hora de la habilitación de terapia neural, pues como se discutió en el punto anterior, no es necesario tener dentro del consultorio un espacio adicional para los procedimientos que se realizan en Terapia Neural, pero el diseño del consultorio debe garantizar que todas las áreas del consultorio sean de materiales lavables, esto es camilla, paredes, pisos, muebles, cielos rasos y paredes.

4.2.7 Esterilización del instrumental, equipo e insumos empleados



Si en el consultorio solo se retiran puntos en herida limpia y se realiza inyectología o lavado de vías lagrimales, no se requerirá de área de esterilización, pero se debe garantizar en todo caso, la esterilización del instrumental, equipo e insumos empleados.⁵⁸

En la última hubo consenso en las respuestas de los expertos en cuanto a estar de acuerdo con este ítem, aunque nadie respondió estar totalmente de acuerdo, y en todas las rondas un porcentaje similar estuvo en desacuerdo o en ni de acuerdo ni en desacuerdo, y se hicieron las observaciones: *“Se deben usar implementos desechables”, “La jeringa porta-carpulas se limpia exhaustivamente ,no considero que deba ser esterilizada”, “Las agujas son desechables”, “Agregaría.....debe garantizarse que los materiales usados además de estériles deben ser desechables(agujas y jeringas)”, “Se deben utilizar equipos desechables, si se utilizan jeringas portacarpulas deben esterilizarse como en odontología y se debe garantizar que haya carpulas con procaína no reutilizables”, “Las agujas y jeringas ya están estériles, pero algunos realizamos terapia neural con la jeringa de carpulas y es muy difícil esterilizarla para cada paciente. En mi caso la esterilizo al inicio de la jornada de trabajo una sola vez y jamás he tenido problemas de infecciones en los pacientes”, “Estoy de acuerdo con esta observación pero quizá esto tendría que sustentarse en los últimos estudios sobre las propiedades bacteriostáticas de los anestésicos locales”*

En la práctica de la Terapia Neural es muy común la utilización de jeringa portacarpulas similar a la que se utiliza en odontología, pues anteriormente no se contaba con agujas de tamaños que minimizaran la molestia de aplicación, entonces era una tendencia utilizarlas. Actualmente hay la posibilidad de usar agujas que se acoplan a las jeringas desechables tradicionales de un tamaño similar al de las de las jeringas portacarpulas, aunque algunas no tienen aún registro INVIMA en Colombia, aunque cuentan con registro en Europa y Norteamérica.

Dentro de los parámetros de una atención con calidad se encuentra, como lo hemos nombrado antes, una atención que minimice los riesgos potenciales que existen para el paciente, esto incluye que todos los implementos utilizados sean desechables y que si se

⁵⁸ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Anexo técnico No 1 de la resolución 2680 de 2007. “por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006. Bogotá. 2007. Pág. 8-9

usa algún implemento que no lo sea, se cuente con protocolos de desinfección o esterilización para cada paciente.

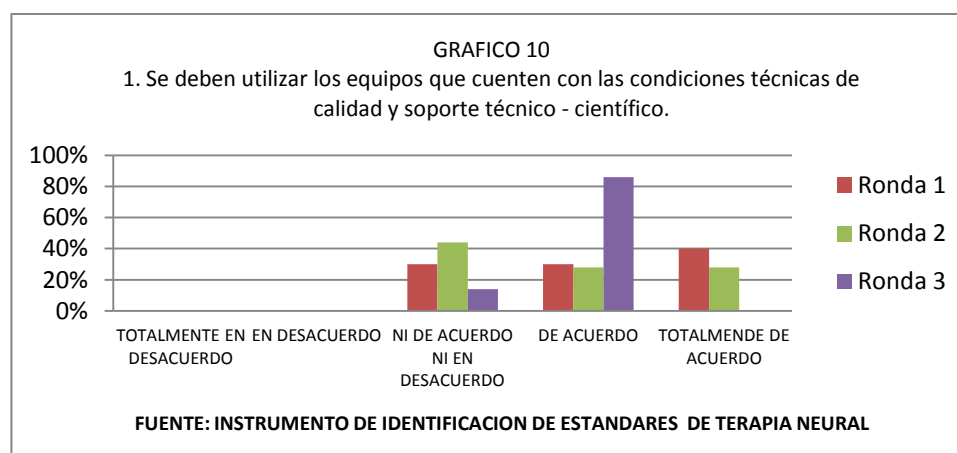
Basados en esto, las dos opciones de utilización de jeringas son válidas, pero, hay que tener en cuenta que entre tanto no se obtenga registro invima para todas las agujas utilizadas, si se utiliza jeringa portacarpulas se debe contar con procedimientos claros de desinfección y esterilización.

4.3 Dotación – mantenimiento

Se interrogó sobre la dotación necesaria para un consultorio de Terapia Neural, y sobre las condiciones que deben tener los equipos médicos y su mantenimiento.

La importancia de la observación e esta área, radica en que para ofertar un servicio de calidad se debe contar con una dotación que permita garantizar que los procedimientos necesarios se realicen de manera cómoda, segura, minimizando las posibles complicaciones y en coherencia con la concepción de la Terapia Neural.

4.3.1 Calidad y soporte técnico equipos



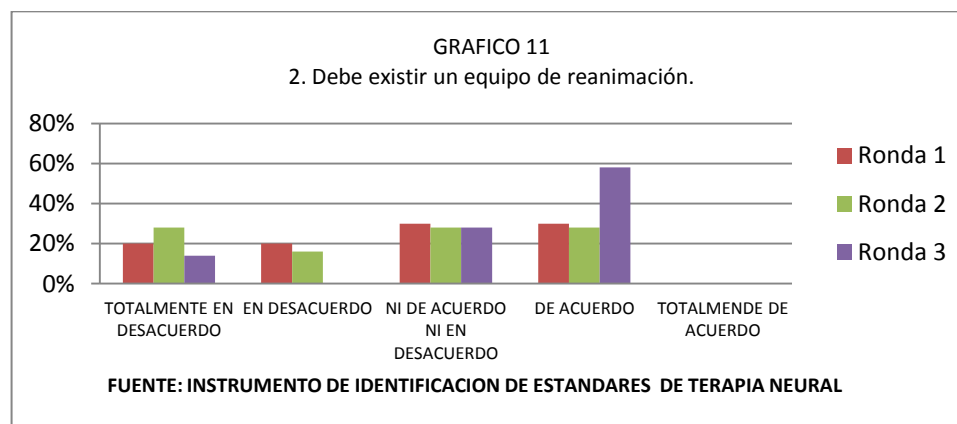
Todos los profesionales independientes y las IPS deben contar con un inventario de equipos donde relacione la totalidad de estos. Cada uno de los equipos debe tener su respectiva hoja de vida.⁵⁹

⁵⁹ GOMEZ Beatriz, Marco Normativo Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud. Bogotá. Mayo 2011.

Aunque se llegó a un consenso en la última ronda, en todas las rondas hubo expertos que respondieron a no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, y en ninguna ronda se escogió la opción a estar totalmente de acuerdo, varios expertos hicieron la observación “cuáles equipos? *“No se requieren equipos para Terapia Neural”*

La consulta de terapia Neural y los procedimientos que se realizan en ella no requieren de ningún equipo especial, y el funcionamiento del consultorio como se ha explicado en otros puntos, no requiere de parafernalia adicional a la de un consultorio de medicina general, esto involucre tal vez la utilización de un fonendoscopio, tensiómetro, balanza, metro, que si se utilizan deben contar con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico científico.

4.3.2 Equipo de reanimación



Tanto en el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006 como en el Anexo Técnico 1 de la Resolución 2680 del 3 de Agosto de 2007 (numeral 2.59), en lo que respecta a las instalaciones físicas y dotación de las áreas de procedimientos mínimos o consultorios en los que se realizan procedimientos, así como sala general de procedimientos menores, no es requisito la presencia de equipo de reanimación o desfibrilador.

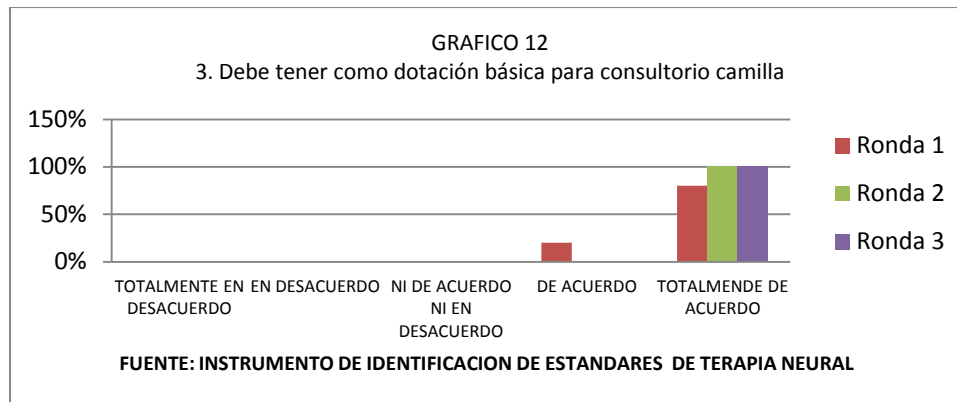
En ninguna ronda ningún experto respondió estar totalmente de acuerdo, y aunque en la última ronda se llegó a consenso en cuanto a estar de acuerdo con un equipo de reanimación, se hicieron varias observaciones como: *“Lo que se pide es medicamentos para manejo de reacciones anafilácticas”, “Con los elementos básicos, no con tubo endotraqueal, si con mascarilla laríngea , ambu y medicamentos básicos”, “En mi consultorio cuento con laringoscopio tubos endotraqueales, electrocardiograma, bala de*

oxígeno, líquidos, catéteres, medicamentos, pero no tengo el d.e.a. por costos, y en los requisitos mínimos ya no lo exigen”, “Si esta solo el medico solo se puede realizar soporte vital básico, como en cualquier consultorio normal, eso sí se debe contar con medicamentos para realizar tratamiento a reacciones anafilácticas”, “Sería más conveniente tener una institución hospitalaria de complejidad cerca que permita un rápido desplazamiento en caso de complicación seria con la aplicación de la <TN.....__La reanimación cardio-cerebro-pulmonar con intubación de la vía aérea, soporte hemodinámico y demás maniobras son complejas y deben ser realizadas en equipo...situaciones no factibles en consultorios básicos.”, “ Garantizar una vía venosa, vía aérea libre y soporte inotrópico son medidas muy , muy poco probables si se ejerce racionalmente el ejercicio de la TN.....el pretender realizarlas demoraría el traslado y pronóstico del paciente....se presta a controversia lo enunciado...pero debe ser mejor analizado este requerimiento” “Debe tener disponibilidad de catéter venoso, cristaloides y equipo de venoclisis, unas ampollas de adrenalina y corticoide. Pero equipo de reanimación no, porque esto implicaría tener dentro del consultorio un monitor-desfibrilador o un d.e.a, mas carro de paro y esta sería una condición que únicamente podrían cumplir instituciones hospitalarias y clínicas, más los particulares muy seguramente no”.

Como lo expresan las múltiples observaciones hechas por los expertos, existe controversia a la exigencia de equipo de reanimación; para la práctica de la Terapia Neural se hacen las mismas exigencias que para un consultorio de medicina general, solo que por involucrar la aplicación de un medicamento, el anestésico local, se exige que se debe contar con equipo básico de urgencias para control de reacciones anafilácticas: con los medicamentos, soluciones, elementos médicos, que garantice el manejo de una reacción anafiláctica, no equipo de reanimación básica avanzada, pues no existen otros riesgos asociados a la Terapia Neural diferentes a los de la consulta médica general.

Es valida la observación del experto que opinó que en caso de un paro cardiaco lo mejor es tener un sitio de referencia a donde se pueda trasladar al paciente rápidamente y un protocolo de referencia y contra referencia y entre tanto rcp básica.

4.3.3 Camilla



Dotación básica para consultorio médico: Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, Equipo de órganos de los sentidos y Balanza de pie - La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se haya establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general.⁶⁰

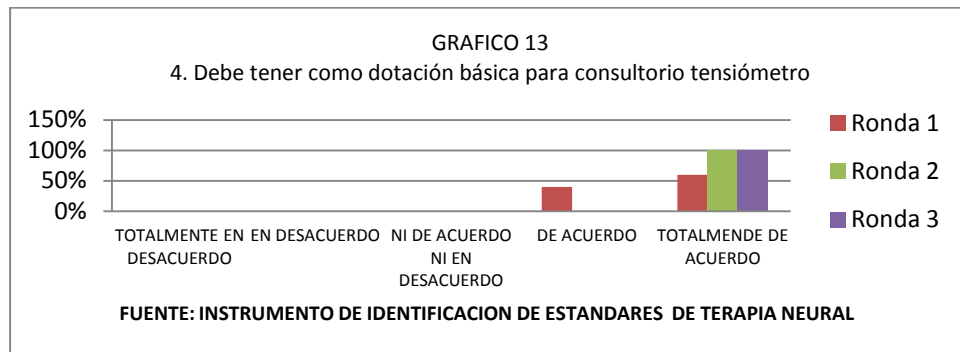
Hubo consenso en las tres rondas, pero se hicieron varias observaciones sobre un mismo tema: *“Camilla especial, con la posibilidad de abordaje genital para la tn en este terreno”, “Camilla para examen ginecológico” y “Que permita abordaje directo terreno ginecológico”* la observación en cuanto a tener una camilla que permita abordaje ginecológico, que teniendo en cuenta que existe un método de aplicación que lo amerita, motivo la creación de una nueva pregunta en las rondas 2 y 3.

Esta descrito un procedimiento que requiere abordaje ginecológico en camilla ginecológica, este constituye el único procedimiento que la necesita en Terapia Neural.

Se han descrito aplicaciones alternativas que no requieren este tipo de camilla para la misma aplicación. Por lo tanto si se incluye este procedimiento en los procedimientos que se realizan en el consultorio se debería tener camilla ginecológica.

⁶⁰ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Anexo técnico 1 – resolución número 001439 de 2002. “por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de novedades.... Bogotá 2002.

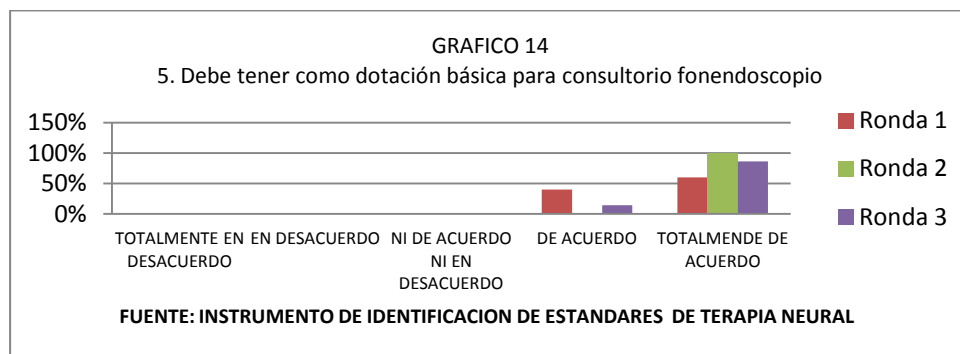
4.3.4 Tensiómetro



Se establece como dotación básica para consultorio médico: camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos y balanza de pie. La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se haya establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general.⁵⁴

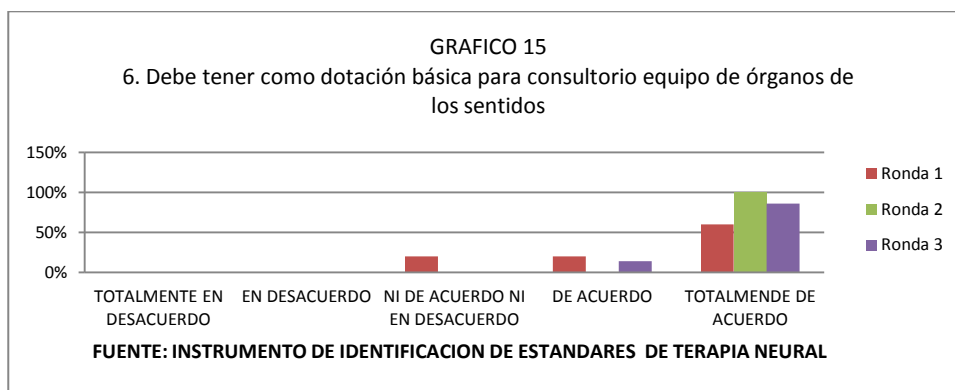
Hubo consenso en cuanto a estar de acuerdo en este ítem, y no se realizaron observaciones. Se encuentra dentro de las normas básicas para medicina general, que cobijan a las terapias alternativas. Dentro de una consulta de terapia neural no se considera necesario aunque depende de los gustos del terapeuta Neural, pero si se tiene en cuenta que se han aprobado otros ítems como el de posibles reacciones anafilácticas o el de poder remitir por posibles cuadros de urgencia, se haría necesario tener un tensiómetro dentro de la dotación básica.

4.3.5 Fonendoscopio



Hubo consenso en cuanto estar de acuerdo con la inclusión de este ítem. Aplica la norma y lo opinado para el punto anterior, es decir que el fonendoscopio hace parte de la dotación mínima requerida tanto para consulta general como para consulta especializada.

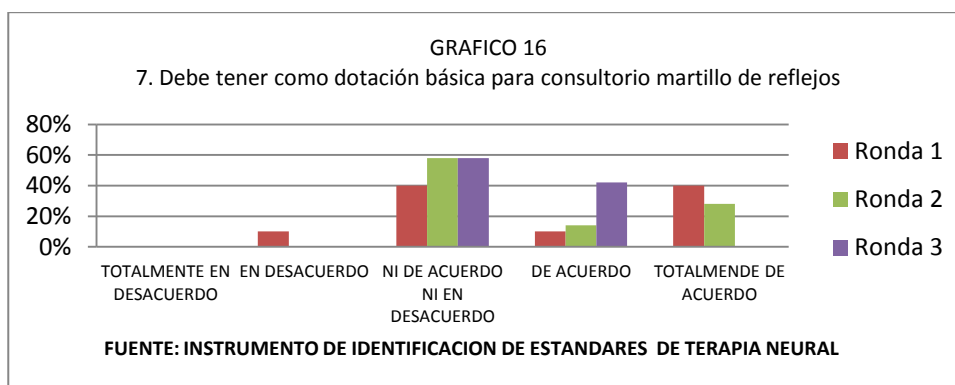
4.3.6 Equipo de Órganos de los sentidos



Dotación básica para consultorio médico: Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, Equipo de órganos de los sentidos y Balanza de pie - La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se haya establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general.⁵⁴

Se mantuvo la tendencia a estar de acuerdo, aunque una pequeña minoría en la primera ronda no estuvo ni de acuerdo ni es desacuerdo. Si se piensa en hacer un examen de medicina general es necesario un equipo de órganos de los sentidos, para la consulta específica de Terapia Neural no se considera necesario.

4.3.7 Martillo de reflejos

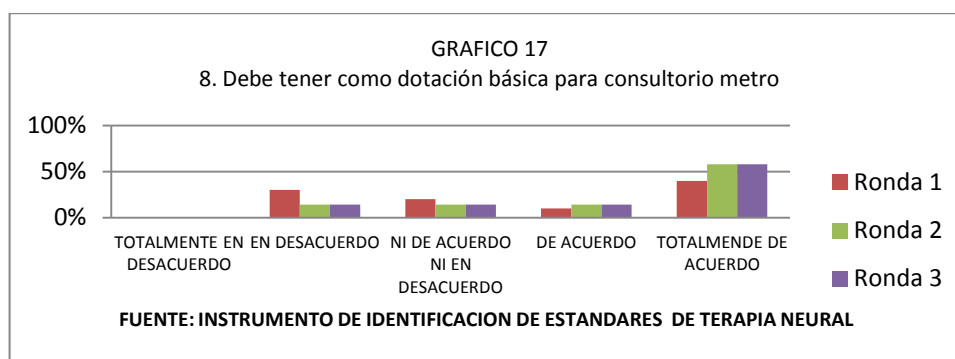


Dotación básica para consultorio médico: camilla, baja lenguas, guantes si realiza contacto con mucosas, tensiómetro, fonendoscopio y equipo de órganos de los sentidos, martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé, según el caso.⁶¹

La mayoría de respuestas se ubicó en la casilla a no estar de acuerdo ni en desacuerdo púes se hicieron las observaciones: *“No lo considero necesario para terapia neural, si para la consulta médica general”* y *“ Pensándolo mejor, no se puede poner PUEDE en vez de DEBE? Porque la utilización del mismo obedecerá a inclinaciones, especialidad y preferencias particulares del que ejerce Terapia Neural”*

Aunque solo un experto estuvo en desacuerdo con este ítem, en una consulta de Terapia Neural no se hace necesario un martillo de reflejos.

4.3.8 Metro



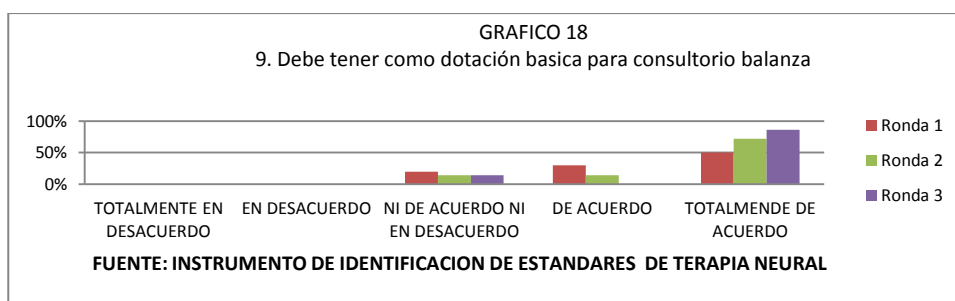
Si ofrece atención extramural, de acuerdo con los servicios que ofrece, cuenta con: para Consulta Médica y controles de enfermería: Camilla, Equipo de órganos de los sentidos, Fonendoscopio y Tensiómetro, metro, Termómetro, Tabla de agudeza visual, Balanza y tallímetro.⁵⁷

Se llegó a consenso a estar totalmente de acuerdo que dentro de la dotación básica este el metro, pero varias respuestas se ubicaron en las casillas en desacuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo y se hicieron las mismas observaciones que en el punto anterior, argumentándose que no es necesario para la práctica de la Terapia Neural.

⁶¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Resolución número 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Bogotá Mayo de 2013.

El metro no es un elemento necesario para la práctica de la Terapia Neural, pero si es necesario por ejemplo para medir al área de superficie corporal de una persona, que es un parámetro que se utiliza por ejemplo en caso de suministrar un medicamento alopático en el caso de una reacción anafiláctica.

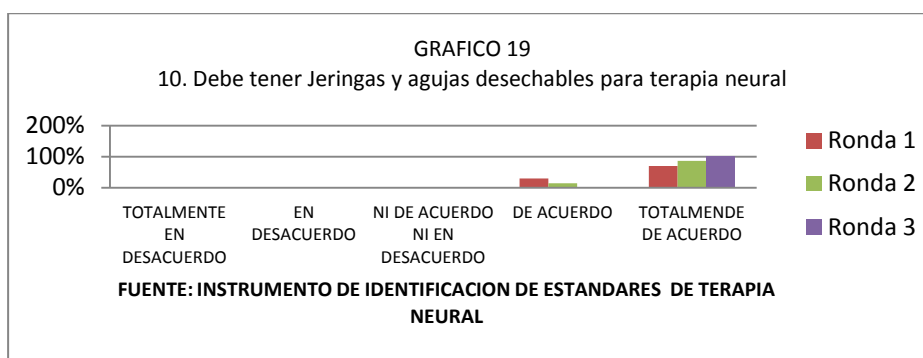
4.3.9 Balanza



Dotación básica para consultorio médico: camilla, baja lenguas, guantes si realiza contacto con mucosas, tensiómetro, fonendoscopio y equipo de órganos de los sentidos, martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé, según el caso.⁵⁵

La tendencia fue a estar de acuerdo con la existencia de balanza, un experto observó: *“no es necesaria para la consulta de Terapia Neural”*. Lo mismo que lo opinado para un anterior ítem, en una atención integral es necesario contar con los signos vitales del paciente, así como su peso y su talla, pues son datos básicos que se vuelven indispensables a la hora por ejemplo de suministrar un medicamento alopático por ejemplo para tratar una reacción anafiláctica, entonces si es necesario para articular la terapia neural al sistema de salud.

4.3.10 Jeringas y agujas desechables

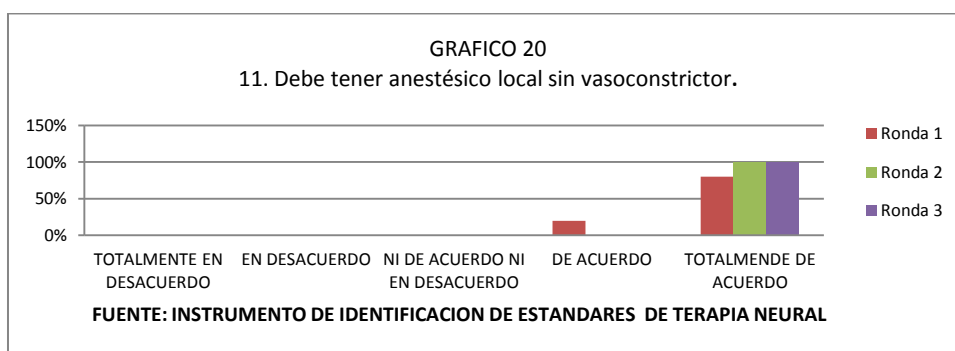


Un consultorio de Terapia neural debe contar con Jeringas y agujas desechables para terapia neural, anestésico local sin vasoconstrictor y un contenedor especial para desechar las agujas.⁶⁰

Los expertos estuvieron de acuerdo en este ítem, se hicieron las siguientes observaciones: *“Se puede usar carpulas que no son desechables, las agujas si deben ser desechables”, “Que se hace con las agujas que aún no cuentan con registro invima?”, y “Pero también puede disponer de jeringas portacarpulas que tengan un proceso de esterilización adecuado”.*

Hubo controversia como en un Ítem anterior respecto a la jeringa portacarpulas, la norma dice que para un consultorio de terapia neural las jeringas y las agujas deben ser desechables, pero en la práctica se utiliza también la jeringa portacarpulas que no es desechable, como la que se utiliza en odontología, por la comodidad del tamaño de las agujas. Se tendrían que utilizar los protocolos de desinfección y esterilización, para poder utilizarlos en Terapia Neural. Se tendría además que tramitar ante el invima el uso de los implementos que aún no cuentan con ese registro.

4.3.11 Anestésico local

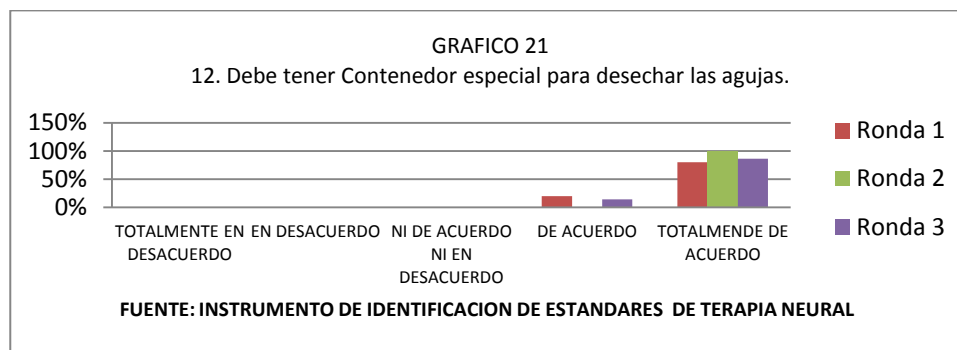


Un consultorio de Terapia neural debe contar con Jeringas y agujas desechables para Terapia Neural, anestésico local sin vasoconstrictor y un contenedor especial para desechar las agujas.⁶⁰

En todas las rondas hubo consenso, se hicieron las siguientes observaciones : *“Debe tener algún neural terapéutico como procaína o lidocaína, anestésicos locales son*

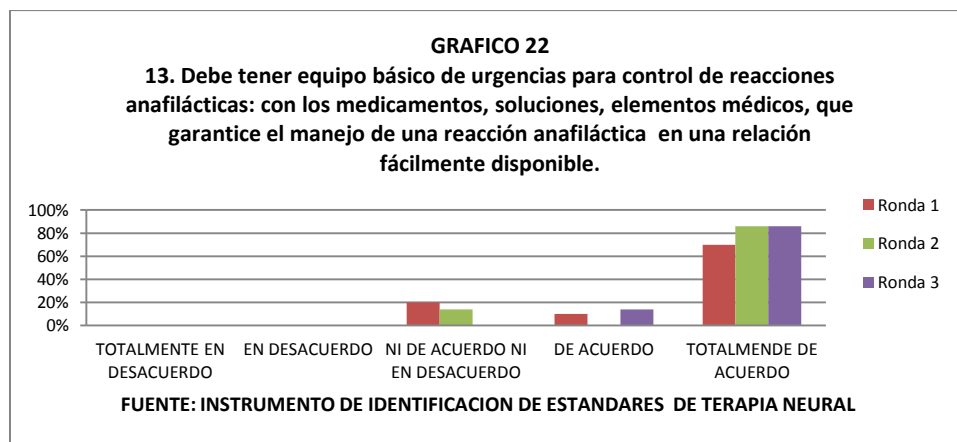
muchos y no todos se usan en Terapia Neural, obviamente sin vasoconstrictor”, “Se debe especificar qué tipo de anestésicos” , “Qué tipo de anestésico?” y “Preferiblemente de tipo amino éster para disminuir incidencia de efectos adversos o reacciones disautonómicas”, lo que motivo el desarrollo de una nueva pregunta para las rondas 2 y 3. Como lo dice un experto, los anestésicos que se prefieren para un procedimiento de Terapia Neural son preferiblemente amino éster, en bajas concentraciones y sin vasoconstrictor, todo esto pues el efecto deseado no es el anestésico sino el neural terapéutico y para disminuir la incidencia de efectos adversos y reacciones disautonómicas.

4.3.12 Contenedor para desechar las agujas



En todas las rondas hubo consenso a estar totalmente de acuerdo con este ítem. No se realizaron observaciones. Este requisito es indispensable en un consultorio de Terapia neural pues en todos los procedimientos se utilizan agujas y los calibres de las mismas varían según el sitio donde se realice la aplicación del neural terapéutico.

4.3.13 Equipo básico de urgencias



Debe tener equipo básico de urgencias para control de reacciones anafilácticas: con los medicamentos, soluciones, elementos médicos, que garantice el manejo de una reacción anafiláctica.⁶⁰

Hubo consenso en las tres rondas, se hicieron las observaciones: *“Todo consultorio médico mínimo los debe tener independiente que allí se haga terapia neural o no” y “Haría parte de la “reanimación” antes enunciada y analizada, controvertido!!!”*

Existe un riesgo potencial al aplicar cualquier tipo de medicamento de una reacción anafiláctica, si se quiere brindar una atención con calidad minimizando los posibles riesgos para el paciente se debe tener disponibilidad de equipo básico con medicamentos, soluciones y elementos médicos que garanticen su manejo.

En un consultorio de consulta externa sería básico tener medicamentos y la disponibilidad de poder aplicarlos fácilmente, así como tensiómetro y fonendoscopio, así mismo tener un protocolo para una posible remisión a un nivel de mayor complejidad y suministro de oxígeno.

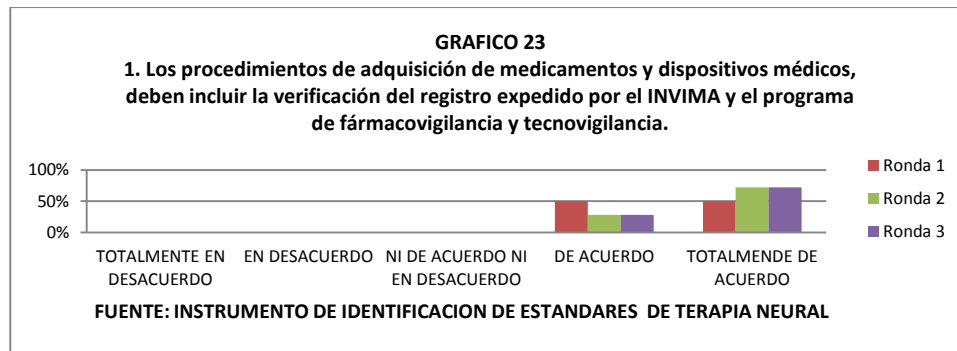
4.4 Medicamentos y dispositivos médicos – gestión de medicamentos y dispositivos

Se interrogó sobre la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la observancia de las condiciones legales para el uso de insumos médicos y las condiciones técnicas de almacenamiento de insumos cuya calidad dependa de ello.

La importancia de este ítem radica en que al ser la terapia neural una especialidad nueva para el sistema de salud es necesario que los medicamentos y dispositivos médicos que se requieren para su práctica se incluyan en el marco legal vigente.

Tener presente la gestión de medicamentos es de vital importancia para la calidad de l ejercicio de esta terapia.

4.4.1 Registro INVIMA



La ley 1043 de 2006 establece que todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.

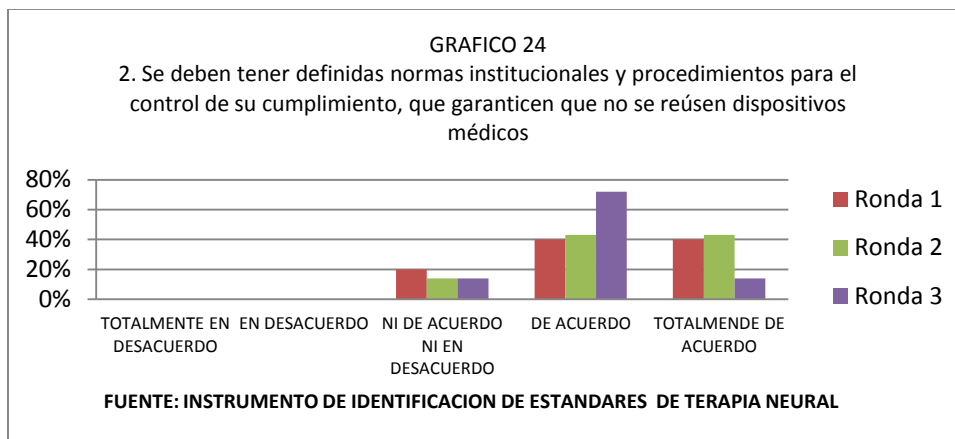
También dicta que para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.

Se llegó a consenso a estar de acuerdo en todas las rondas, sin embargo se hizo la observación: “Aun hay agujas que se utilizan en terapia neural que no cuentan con registro sanitario invima”

Al ser la terapia Neural una especialidad nueva en el sistema de salud, es normal que exista un periodo de transición en el que se conoce a fondo sus fundamentos y el tipo de procedimientos que se realizan en ella es prioritario que ahora que existe la posibilidad de formación en la universidad se den a conocer sus requerimientos para que todos sus procedimientos puedan ser tenidos en cuenta dentro del sistema de salud, involucrando tanto sus insumos como los medicamentos dentro la normatividad vigente, pues no es común la utilización de algunos de ellos en la medicina convencional y por lo tanto es

difícil encontrarlos disponibles con registro invima pues muchos de ellos se tienen que importar. Si se quiere brindar una terapia de calidad se tienen que dar a conocer a las entidades competentes estos requerimientos para que luego de seguir el proceso correspondiente puedan ser utilizados cumpliendo con todos los requisitos que den seguridad en la aplicación tanto al profesional como al paciente.

4.4.2 Reúso de dispositivos



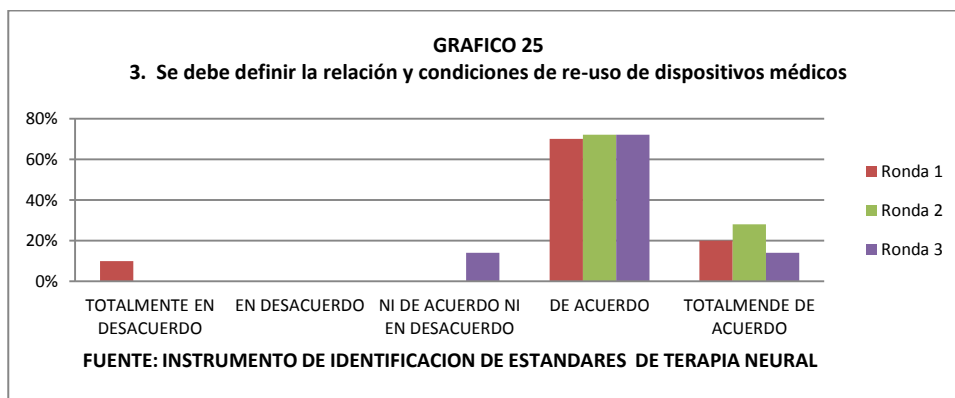
La resolución 1043 de 2006 establece: “*Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.*”

Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, re esterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.⁵⁵

Se llegó a consenso a estar de acuerdo con este ítem, sin embargo en todas las rondas se presentó una minoría de respuestas en la franja de ni de acuerdo ni en desacuerdo, se hicieron las siguientes observaciones: *“Si se usan jeringas porta carpulas de odontología se pueden reutilizar. No son desechables”, “Hay esquemas que se utilizan para el re-uso de las jeringas portacarpulas en los consultorios”*

De nuevo como en ítems anteriores que se referían al uso de implementos desechables, se generó *controversia frente al uso de jeringas portacarpulas*, lo que deja en evidencia que su uso es muy generalizado en la Terapia Neural, como se nombró anteriormente por la no disponibilidad de agujas pequeñas diferentes a las usadas en odontología. Como lo observó un experto si se utiliza este insumo hay que acogerse a la normatividad vigente para su uso, si no, en la actualidad existen insumos que permiten que el procedimiento que se realizaba con el, se pueda realizar con jeringas desechables, pero se debe aclarar que la Terapia Neural hace uso de este insumo odontológico.

4.4.3 Relación reuso de dispositivos



Se llegó a consenso sobre estar de acuerdo con este ítem. No se realizaron observaciones.

En las condiciones actuales de disponibilidad de implementos desechables se recomienda minimizar la utilización de insumos en salud con posibilidad de reuso, en el caso de la Terapia Neural como se ha discutido en ítems anteriores, sobre todo por tradición, se ha utilizado la jeringa portacarpulas utilizada en odontología, para algunos procedimientos; si este elemento es aun utilizado debe utilizarse con los protocolos

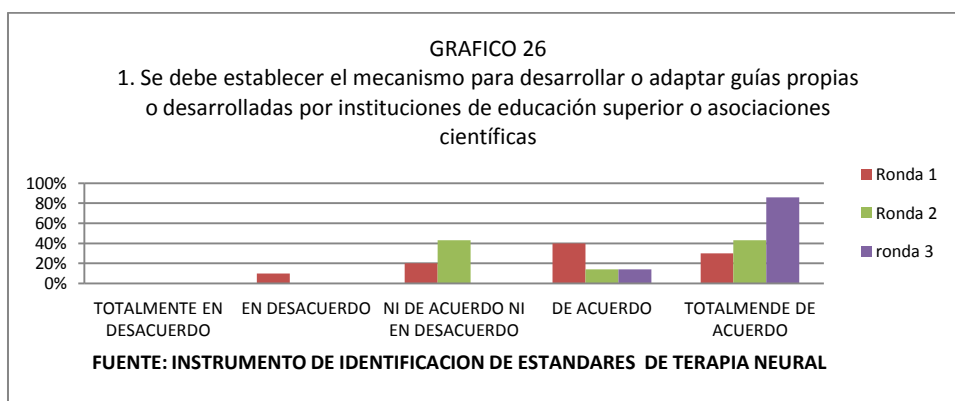
establecidos de esterilidad y desinfección, pero se debe evolucionar utilizando todos los recursos que permitan minimizar la aparición de posibles complicaciones. Cuando se reúse algún dispositivo, además de seguir los protocolos de reúso establecidos se debe definir una relación de las condiciones de reúso.

4.5 Procesos prioritarios asistenciales

Se interrogó sobre la existencia de procesos de atención de los usuarios, que tengan una relación directa con la prevención o minimización de los riesgos definidos como prioritarios.

Aunque no es posible la estandarización en Terapia Neural, pues no existen protocolos, la importancia de la observación de esta área radica en que se pueden construir criterios desde la escuela o la academia, adaptándolos a la concepción de la Terapia neural que brinden un ambiente seguro tanto para el que practica tanto como para el que recibe un tratamiento con Terapia Neural.

4.5.1 Elaboración de guías

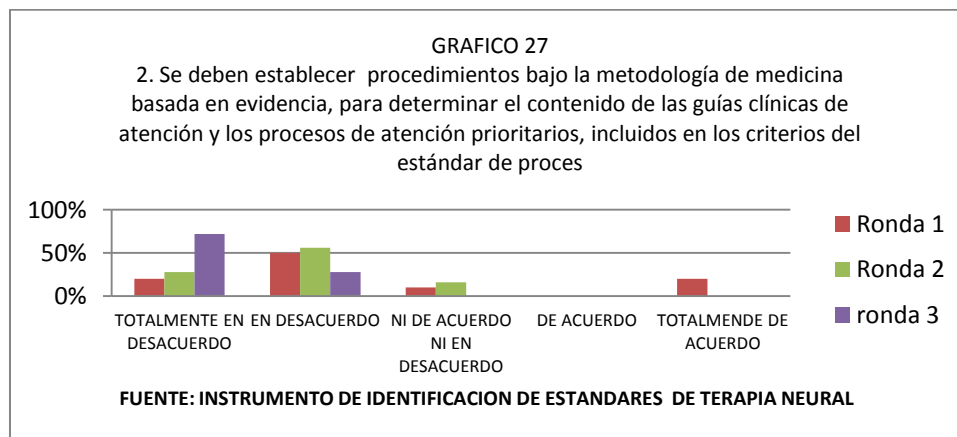


El Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006 establece que se deben tener definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.

Se llegó a consenso a estar totalmente de acuerdo, sin embargo se hicieron las observaciones: *“El ejercicio, el enfermo y cada terapéutica neural es individual, única e irrepetible que no se debe adaptar a protocolos estandarizados” “No se puede estandarizar el tto con tn, aunque se podría desarrollar guías que aclararan el dialogo de saberes en una consulta de tn”*

Las observaciones de los expertos hacen ver que al ser la Terapia Neural una especialidad relativamente reciente, se pueden desarrollar, guías que aclaren el dialogo de saberes, más aún cuando ya existen como programas de postgraduación en la Universidad, que permitan su articulación con el sistema de salud, pues sería importante que no haya tanto desconocimiento por parte de otros profesionales o de los organismos de control acerca de sus alcances, contraindicaciones, posibles complicaciones y requerimientos, pues actualmente en la práctica diaria se ve que es una terapia desconocida para la mayoría y esto dificulta mucho su articulación adecuada con el sistema de salud.

4.5.2 Guías clínicas de procedimientos bajo la metodología de medicina basada en la evidencia



Una guía clínica de atención se define como el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad

y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación y mecanismos de retroalimentación y deben ser basadas en la medicina basada en la evidencia.⁶²

Las Guías de atención basadas en medicina basada en la evidencia tienen las siguientes características:⁶³

- Se establecen criterios explícitos y sistematizados para revisar la efectividad de la evidencia, es decir que existe un método para evaluar la evidencia, apoyándose en aspectos epidemiológicos y estadísticos.
- En el proceso de elaboración se incluye un análisis y evaluación de la evidencia científica disponible asociada a la opinión (experiencia) de los expertos.
- Todas las recomendaciones emitidas se establecen con el nivel de evidencia en que están basadas.
- Separan de forma clara las recomendaciones basadas en opiniones de las basadas en evidencia.
- Poseen gran fortaleza metodológica.

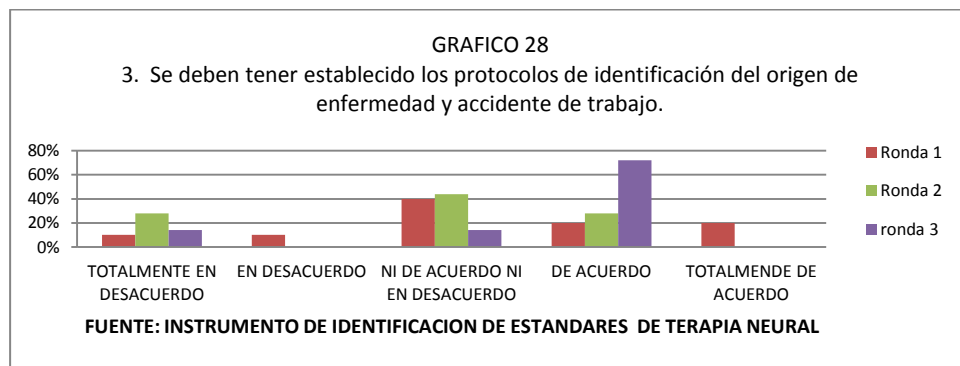
Se llegó a consenso en cuanto a estar totalmente en desacuerdo con establecer procedimientos bajo la metodología de medicina basada en la evidencia, y dentro de las observaciones estaban: *“Se deben construir las guías propias de manejo con Terapia Neural, le agregaría, pero con otros métodos de investigación que no solamente incluyan la mbe.”*, *“Falta más evidencia y sin embargo la terapia es efectiva.”*, *“No considero que sea esa a única metodología (mbe) para tener en cuenta”*, *“En terapia neural se deben tener dichas guías, pero incluyendo un manejo holístico, pues no se pueden crear vademécum de tratamiento dado la singularidad de cada paciente”*, *“La misma acotación de mi parte que en la pregunta anterior.....es imposible la estandarización de la Terapia Neural a enfermedades y enfermos!!!”*, *“La mbe no puede hacer esto con la tn”*, *“La medicina basada en la evidencia no sirve de referente”*

⁶² MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Norma técnica para la elaboración de guías clínicas, Bogotá. 2005, p. 3 – 5.

⁶³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA – COLCIENCIAS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. ISBN: 978-958-8361-81-9. Bogotá, Colombia. Mayo de 2010

Como lo observó la mayoría de los expertos, al tener la terapia Neural un enfoque de atención integrativo, se hace muy difícil crear guías clínicas de atención bajo la metodología de la medicina basada en la evidencia, cuyo enfoque tiende a la estandarización, además no existe aún en la literatura gran cantidad de material científico investigativo sobre Terapia neural. Es necesario tener guías clínicas de atención, claro, pero que tengan en cuenta el enfoque de la Terapia Neural y para esto se deben tener en cuenta metodologías diferentes a de la medicina basada en la evidencia que sean válidas, generadas por la academia y que incluyan un manejo holístico.

4.5.3 Protocolos origen de enfermedad y accidente de trabajo



La identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo tiene como fin tomar decisiones relacionadas con las conductas clínica y administrativa que se requieren para el manejo del paciente y establecer la orientación del caso por parte de la IPS, por lo tanto se deben tener establecidos los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.⁶⁴

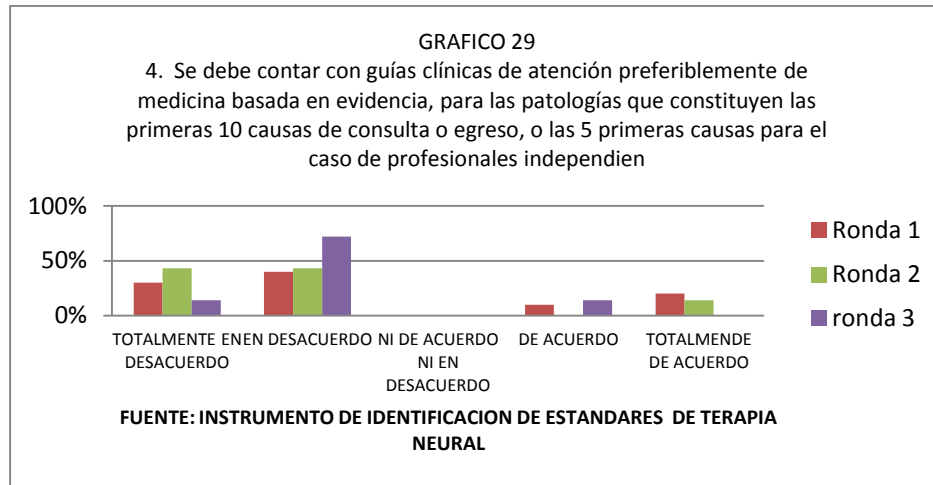
Aunque hubo consenso a estar de acuerdo en la última ronda, en la primera y segunda rondas la tendencia estuvo en la opción ni de acuerdo ni en desacuerdo, se realizó una observación: *“no existen protocolos en Terapia Neural”*.

La observación del experto es válida, pero teniendo en cuenta la definición de la norma, en la entrevista con el paciente se puede establecer si el motivo que lo llevo a consultar obedece a una lesión reportada como un accidente de trabajo o no, sin que esto influya en el desarrollo de la consulta o de la visión integral que se tiene de la enfermedad, si en

⁶⁴ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Protocolo para la identificación del origen de la enfermedad. Anexo 28^a. Bogotá. 2006

cambio permitiría en engranaje con los medios estadísticos pertinentes y con los reportes ante administradoras de riesgos laborales,

4.5.4 Guías clínicas de atención



El Ministerio de la Protección Social de Colombia, determinó el desarrollo y la implementación de Guías de Atención Integral - GAI como estrategia para mejorar la calidad de la atención en salud e informar la actualización del Plan Obligatorio de Salud.⁶⁵

Una Guía de Práctica Clínica se define como el conjunto de afirmaciones, desarrollado de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre una atención en salud apropiada para circunstancias específicas.⁶⁵

Las GPC deben cumplir con las siguientes características generales: ser válidas y reproducibles, su aplicación debe ser fácil, el mensaje claro y sin ambigüedades, flexibles, de origen multidisciplinario, la documentación debe ser sólida y prever procesos de revisión.

Las GPC con recomendaciones vagas, poco específicas, controvertidas, que sean incompatibles con los valores del momento y que demanden cambios en la rutina actual de los médicos, instituciones o el sistema tendrán menor posibilidad de aceptación. El

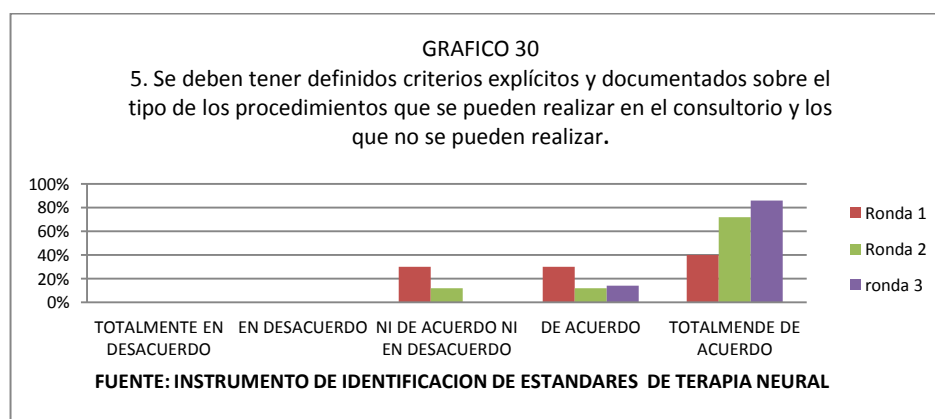
⁶⁵ MENDOZA GUTIÉRREZ, Eduardo Delfín. Informe de investigación. Guías de práctica clínica: su validez en la práctica médica. Medellín. 2007.

hecho de que la recomendación se base en evidencia aumenta la posibilidad de uso. Adicionalmente deben tener la capacidad de actualizarse de acuerdo con las necesidades, el avance tecnológico, los descubrimientos científicos y las recomendaciones recientes.⁶⁵

La tendencia de las respuestas se ubicó en la franja de totalmente en desacuerdo y en desacuerdo con este ítem y, se observó que: *“Se deben construir las guías propias de manejo con terapia neural”, “Pero no solo con el criterio de mbe”, “En mi calidad de especialista y docente respeto la evidencia bajo el marco del método científico...por ahora no aplicable al ejercicio de un sistema médico complejo tan singular como lo es la tn.”, “La medicina de la evidencia es paradigmáticamente no válida”*

Como se comentó en el ítem anterior a este, la medicina basada en la evidencia no se adapta a una visión integral como la de la Terapia neural, si es necesario generar guías de atención clínica, pero teniendo en cuenta que hay otros criterios diferentes al de medicina basada en la evidencia, como por ejemplo los consensos formales, que se adaptan mejor a una terapia con un enfoque integral de la enfermedad como la Terapia Neural, y que son igualmente respetados como el de la medicina basada en la evidencia.

4.5.5 Tipo de procedimientos que se pueden realizar.



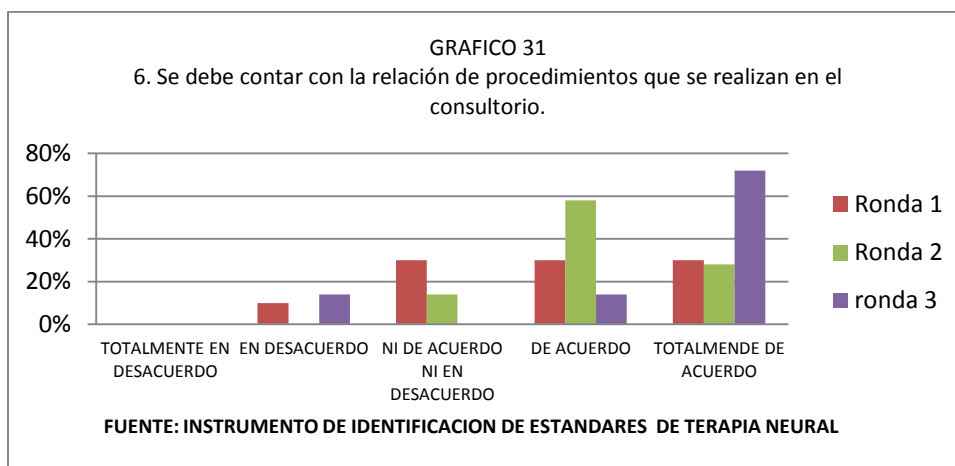
El anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, establece que los consultorios donde se realicen procedimientos deben tener definidos criterios explícitos y documentados

sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar en la sala y de los que no se pueden realizar y que además deben contar con la relación de procedimientos que se realizan en el área, así como los protocolos de los procedimientos que se realizan en el área.

Aunque hubo consenso a estar totalmente de acuerdo, se hicieron las observaciones: “es peligroso, pues se quiere legislar y controlar todo”, y “estos criterios los debe construir la escuela o academia, adaptándolos a la concepción de la Terapia Neural”

Por ser la terapia neural una terapia relativamente nueva y por lo tanto desconocida para muchos de los participantes del sistema general de seguridad en salud, es prioritario tener la definición de los procedimientos que involucra una consulta de terapia neural, así como sus requerimientos y sus contraindicaciones. Esto generara seguridad para el paciente, para los evaluadores del sistema general de seguridad en salud, y generara conocimiento para las demás especialidades médicas que ya se encuentran articuladas al SGSS, al contrario de cómo lo observa el experto, no sería peligroso sino benéfico para la adecuada articulación de la Terapia Neural a la normatividad del SGSS.

4.5.6 Relación de los procedimientos que se realizan



Se debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en el área y tener protocolos de los procedimientos que se realizan en el área.⁶⁶

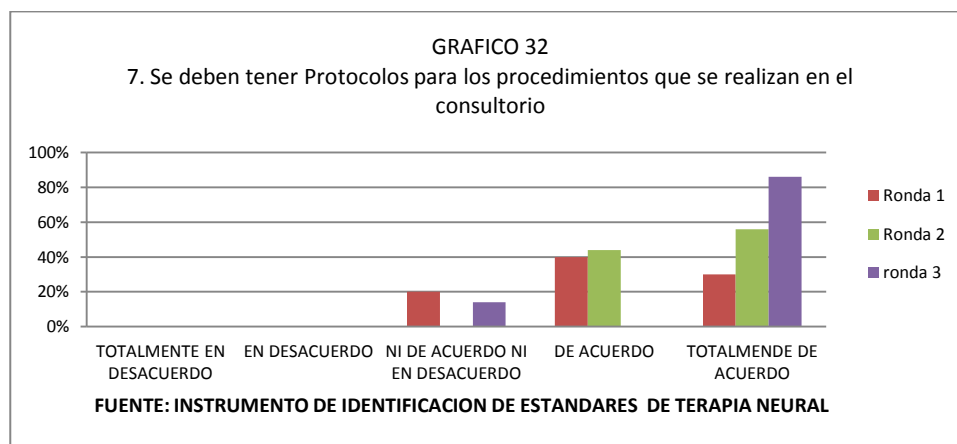
⁶⁶ ROJAS, Adriana. Aspectos normativos para la realización de procedimientos en reumatología. Bogotá 2011.

La mayoría de expertos estuvieron totalmente de acuerdo, un experto que estuvo en desacuerdo observó: *“serían más papeles para llenar con menos tiempo para la consulta”*. Además se hicieron otras observaciones: *“esto permitiría la acumulación estadística, pues lo medible es lo que existe”* y *“sería clave hacerlo, pues permitiría que la terapia Neural entrara en el campo de respetabilidad del método científico, el cual la desdeña por ahora”*.

Más que una relación de procedimientos pues hay solo un procedimiento que es la aplicación del neural terapéutico, solo que se realiza en diferentes sitios del sistema nervioso vegetativo, se tendría que describir el sitio de aplicación, y su técnica de aplicación y se podría llevar una relación de los sitios de aplicación, que permitiera realizar estratificación estadística por ejemplo de los sitios más comunes, entre otras muchas opciones.

Todo esto como lo hemos resaltado antes permitiría una adecuada articulación de la terapia Neural dentro del sistema de salud.

4.5.7 Protocolos para procedimientos



Hubo consenso en cuanto a estar de acuerdo con este ítem, se realizaron las observaciones: *“Mucho control no es eficiencia”*, *“Protocolos que describan la forma correcta de realizar los procedimientos, pero no que estandaricen procedimientos para las patologías a tratar”*, *“Las técnicas de abordaje de la TN son universales por tanto se pueden protocolizar”*, *“Más que protocolos son guías en referencia a las técnicas”*.

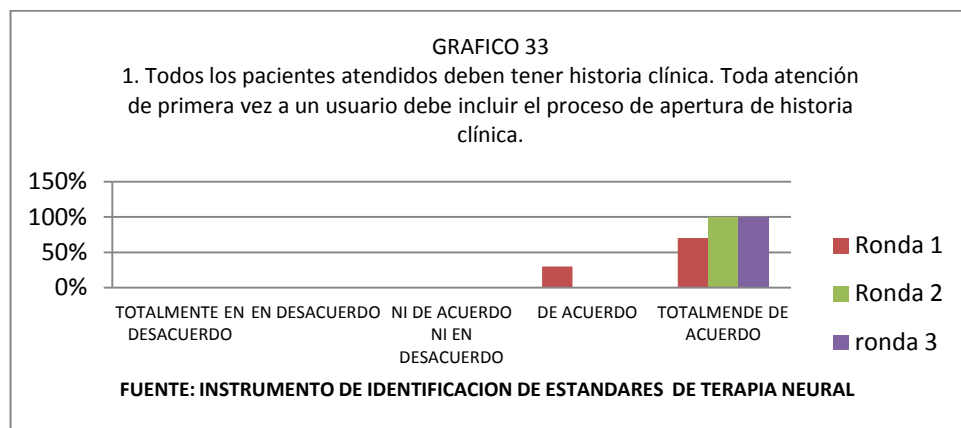
Al utilizar la Terapia Neural un procedimiento que involucra varias técnicas de aplicación que son universales, un protocolo que sirva de guía con referencia a las técnicas constituye una manera de que se hable un mismo lenguaje a la hora de mencionar las técnicas, aspecto importante cuando se trata de una terapia nueva cuya difusión del conocimiento ha presentado dos vertientes, la tradicional y la académica.

4.6 Historia clínica y registros asistenciales

Se interrogó sobre la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente, y las condiciones técnicas de su manejo y de los registros clínicos.

La importancia de la observación de esta área radica en que la historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente, objetivo esencial de la medicina, y que por lo tanto su adecuado manejo constituye una prioridad para una atención de calidad.

4.6.1 Apertura Historia clínica



La resolución 1043 de 2006 establece que: toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica y que todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Así mismo las historias clínicas se deben encontrar adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos y que deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin

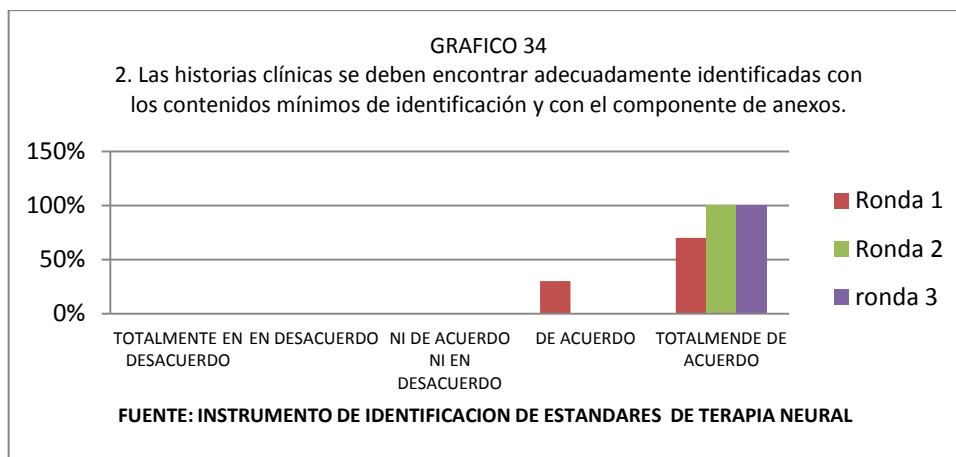
dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.

Desde la Resolución 1995 de 1999 en su Artículo 1 define a la historia clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

Hubo consenso en todas las rondas a estar totalmente de acuerdo con este ítem y no se realizaron observaciones. en los dos ítems evaluados se realizó la observación: “debe incluir consentimiento informado”, por lo que se incluyó en las rondas 2 y 3 una nueva pregunta que incluyera este aspecto.

Como en todo acto médico en la Terapia Neural es necesario llevar una historia clínica que registre todos los aspectos que involucre el acto médico, pues además de constituir un requerimiento médico legal, constituye una fuente valiosa para el seguimiento del curso de la enfermedad y de la terapéutica realizada.

4.6.2 Identificación y componente de anexos historia clínica



En el Artículo 11 de la ley 1995 de 1999 establece la definición de documentos anexos: “Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales

como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes”.

Se debe contar con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Así mismo se debe contar con mecanismos para verificar su aplicación.

Hubo consenso en todas las rondas a estar totalmente de acuerdo con este ítem y se realizó la observación: *“debe incluir consentimiento informado”*, por lo que se incluyó en las rondas 2 y 3 una nueva pregunta que incluyera este aspecto.

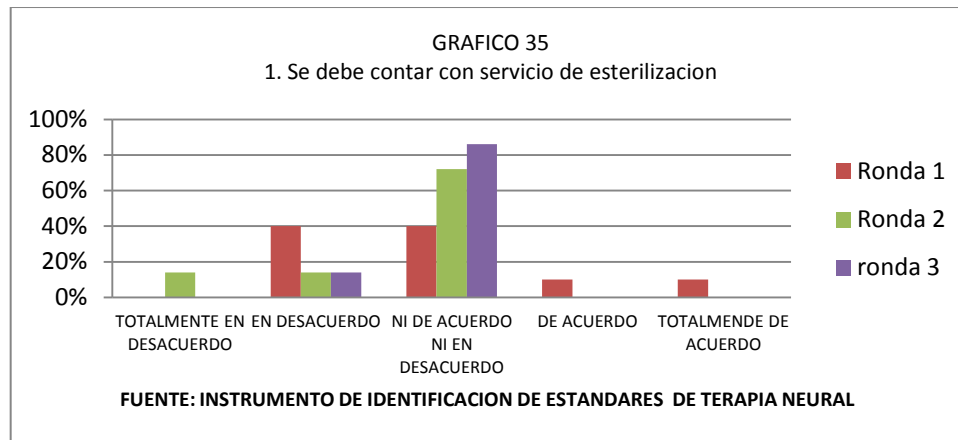
Al constituirse un elemento médico legal del acto médico la historia clínica debe incluir los contenidos mínimos de identificación, y además en el componente de anexos, al ser una terapia poco difundida y nueva, y cuyo procedimiento involucra inyecciones de un anestésico local, se debe incluir el consentimiento informado, que brinde una explicación adecuada al paciente del procedimiento, sus efectos y posibles complicaciones y contraindicaciones.

4.7 Interdependencia de servicios

Se interrogó sobre la existencia y disponibilidad de servicios indispensables para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.

Se interrogó únicamente sobre la necesidad de un servicio de esterilización, pues no se considera necesario el funcionamiento articulado con otros servicios para el desarrollo del adecuado ejercicio de la Terapia Neural.

4.7.1 Servicio de esterilización



La norma del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006 para consultorios donde se realizan procedimientos establece: Si en el consultorio sólo se retiran puntos en herida limpia y se realiza inyectología o lavado de vías lagrimales, no se requerirá de servicio de esterilización, pero se debe garantizar en todo caso, disponibilidad de esterilización de acuerdo con el instrumental, dispositivos que utilicen y procedimientos que realicen.

En todas las rondas hubo consenso a estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con este ítem, se realizaron las siguientes observaciones: *“No Necesariamente si se usan implementos desechables”*, *“No es necesario dado la forma como se realiza la terapia”*, *“Puede ser propio o asistido externamente, de manera práctica casi todo por no decir todo lo usado en terapia neural es usado una vez y descartado es decir es desechable....para que esterilización??”*, y *“Si se utilizan jeringas portacarpulas tener un procedimiento de desinfección o esterilización”*.

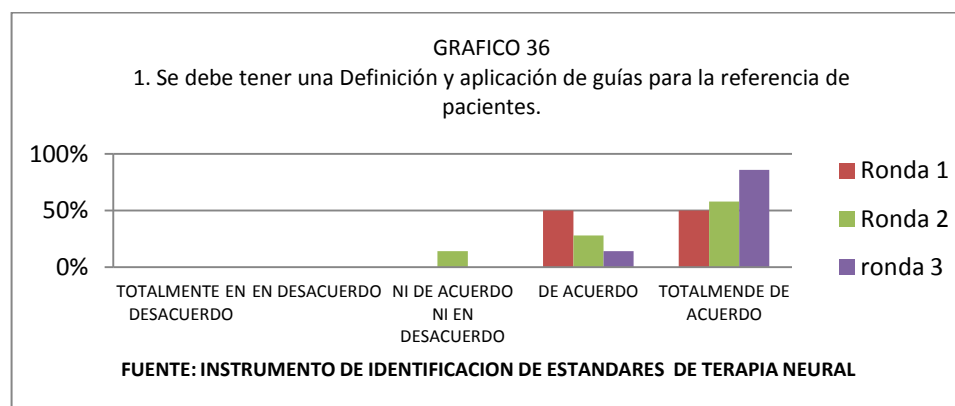
Como en ítems anteriores que se referían a este tópico, se generó controversia, queda claro que si se hace uso de elementos que no sean desechables como la jeringa portacarpulas es necesario contar con protocolo de esterilización o desinfección, que esté de acuerdo a las normas establecidas para este fin.

4.8 Referencia y contra referencia de pacientes

Se interrogó sobre la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes.

Es de vital importancia tener una definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes, que permita tener planes de apoyo en caso de posibles complicaciones o eventos desafortunados.

4.8.1 Guías de referencia de pacientes



Se debe contar con la definición previa de la institución donde remitirán al paciente en caso de tratarse de urgencias, de complicaciones en el procedimiento y o de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución, con los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnica científica de la institución, con los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia y con la definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.⁵²

Hubo consenso en las 3 rondas y no se hicieron observaciones.

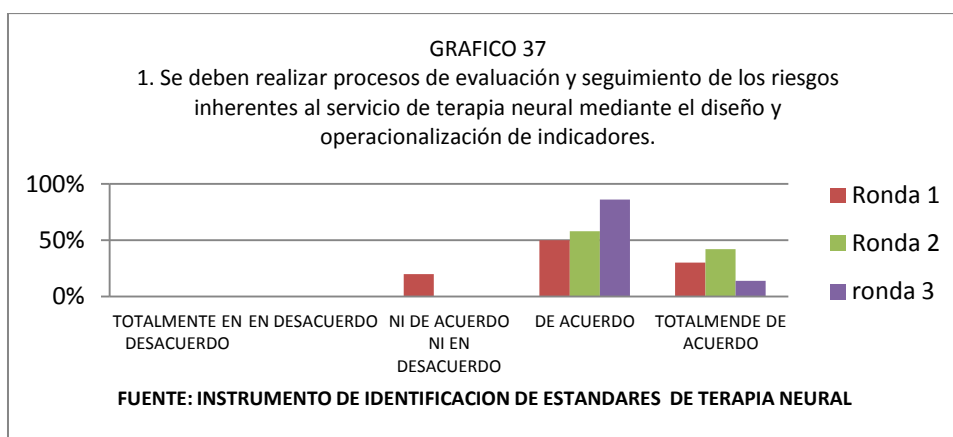
Al articularse la Terapia Neural con los demás componentes del sistema de salud se hace necesario contar con definición y aplicación de guías de referencia de pacientes que permitan por ejemplo tener apoyo ante una posible complicación o efecto adverso, además del apoyo reciproco que se pueda buscar de otro tipo de terapias o de la medicina convencional.

4.9 Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios

Se interrogó sobre la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios definidos como prioritarios.

Este aspecto es uno de los más importantes cuando se quiere evaluar la calidad en la prestación de los servicios de salud, pues permite dar una mirada retrospectiva del servicio prestado para autoevaluarse, y tomar criterios correctivos que permitan prestar cada vez un servicio con más calidad.

4.9.1 Diseño y operacionalización de indicadores de riesgo



La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

La Política de Seguridad del Paciente, expedida en junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.⁶⁷

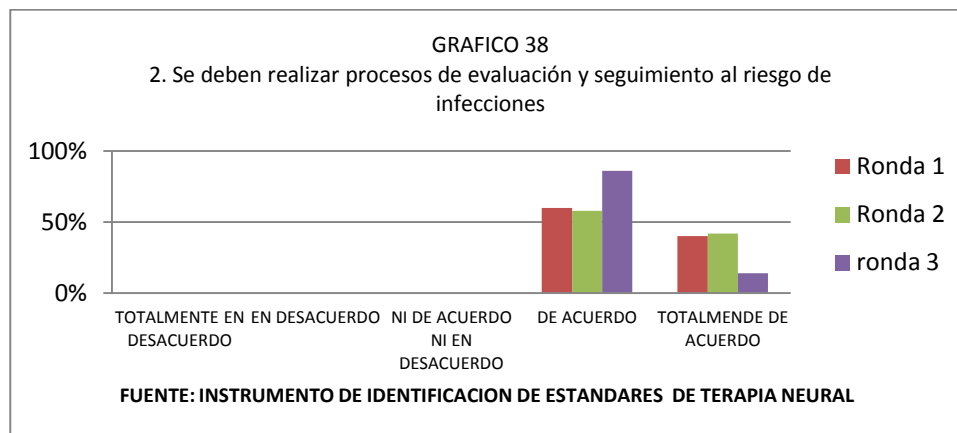
En las tres rondas hubo consenso a estar de acuerdo con este ítem y no se realizaron observaciones.

Al ser la Terapia Neural una terapia relativamente nueva y por lo tanto desconocida para la mayoría de componentes del sistema de salud, al buscar articularse a este es

⁶⁷ MINISTERIO PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Seguridad del paciente. Bogotá 2011.

prioritario implementar el diseño y operalización de indicadores, eso sí sin dejar de tener en cuenta el enfoque integrativo de su manejo, pero no por lo tanto, dejar de tener en cuenta lo que se maneja como indicadores en la medicina convencional; es posible lograr tener estos indicadores, así estos fueran creados para la medición en medicina convencional.

4.9.2 Evaluación y seguimiento al riesgo de infecciones



Las infecciones asociadas a la atención en salud representan un problema de salud pública y son un indicador de la calidad en prestación y gestión en salud. En este contexto, los programas de vigilancia y control epidemiológico de estas enfermedades, y la adaptación e implementación de guías para su prevención son estrategias que pueden mejorar la seguridad del paciente y deben ser una prioridad para las instituciones.⁶⁸

En Colombia se estableció la vigilancia de los efectos adversos mediante la Resolución 1446 de 2006 y, posteriormente, en junio del 2008, se publicaron los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente; allí se incluye la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud.

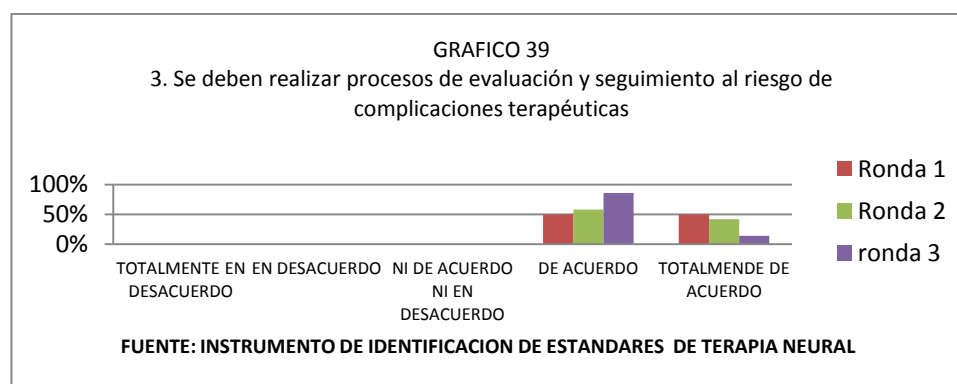
Se llegó a estar de acuerdo con este ítem, no se realizaron observaciones.

La terapia Neural involucra la aplicación inyectada de un anestésico local, especialmente procaína a bajas concentraciones. Aunque existen estudios que comprueban la capacidad bacteriostática de la procaína, existe un riesgo potencial de infección en el sitio de la aplicación del anestésico. Tener procesos de evaluación y seguimiento al

⁶⁸ ALVAREZ, Carlos Arturo. Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Revista Infectio. 2010; 14(4): 292-308.

riesgo de infecciones permitiría llevar una estadística que podría confrontar en determinado caso estos estudios. Además de permitir políticas de mejoramiento, pues esta es una potencial complicación de cualquier terapia inyectada.

4.9.3 Evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones terapéuticas



La mayor parte de los indicadores de Seguimiento a Riesgos se aplican a las IPS, sin embargo, en la medida que se diversifican los servicios de salud y cambia la normatividad permitiendo y regulando modalidades diversas, surgen riesgos en los servicios de los profesionales independientes. Servicios, como los profesionales médicos generales y especialistas y de terapias alternativas, que disponen de áreas de procedimientos mínimos y salas de procedimientos menores y realizan procedimientos tales como: escleroterapia, resecciones, biopsias, terapia neural, acupuntura, mesoterapia, aplicación de Botox y otros procedimientos mínimos y menores, se ven expuestos cada vez con mayor frecuencia a la ocurrencia de complicaciones derivadas de los servicios que le prestan a sus pacientes y, por tanto, deben estar preparados para manejar dichas complicaciones y realizar seguimiento con indicadores de dichos riesgos.⁶⁹

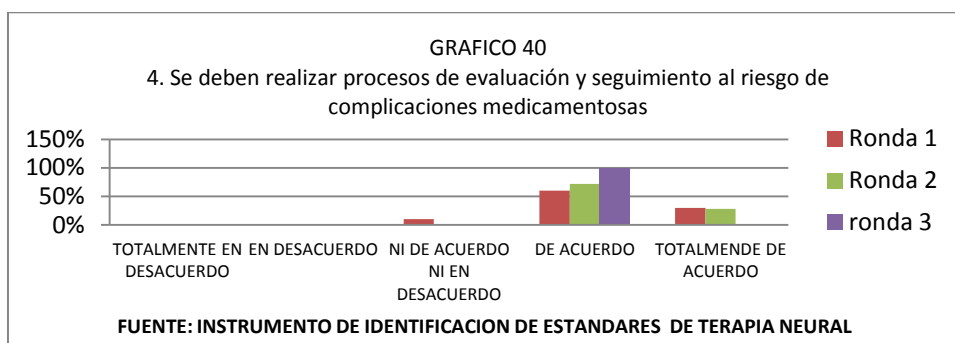
En todas las rondas se estuvo de acuerdo con este ítem, no se realizaron observaciones.

Aunque en Terapia Neural, lo que en medicina convencional se toma como complicación, puede ser un proceso de organización secundario a la terapia, es posible realizar

⁶⁹ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Anexo 42 Decreto 1011 de 2006. Indicadores de seguimiento a riesgos. Bogotá. 2006.

procesos de evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones terapéuticas desde el punto de vista de la medicina convencional, esto permitiría generar confianza ante la terapia y procesos de autoevaluación que permitan mejoramiento y discusión académica.

4.9.4 Evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones medicamentosas



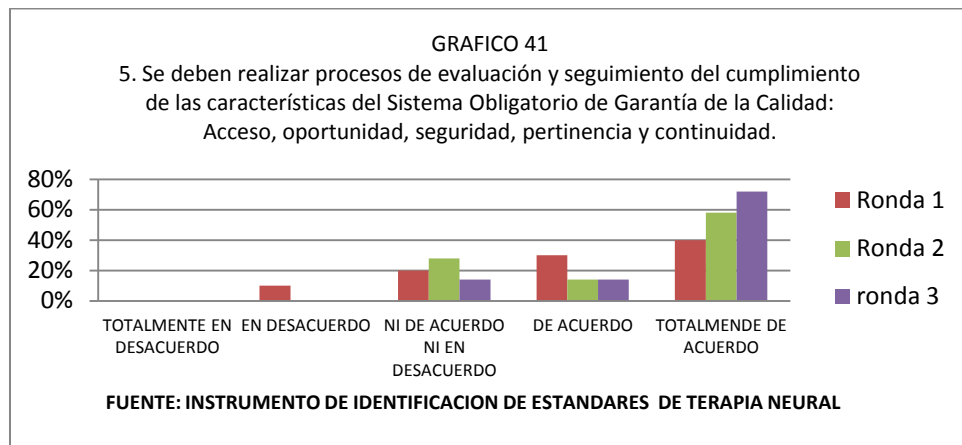
El Ministerio de la Protección Social, soportado en la Ley 715 de 2001 y la Resolución 4288 de 1996 establece la vigilancia sanitaria como prioridad en salud pública y define la ejecución de los planes estratégicos y operativos del Plan de Atención Básica 2004-2007 en la circular 18 de 2004. Así mismo el Decreto 2309 de 2002, establece la obligatoriedad de realizar programas de evaluación y seguimiento de los riesgos asociados con los medicamentos que se presentan en cada institución.⁷⁰

Hubo consenso a estar de acuerdo en todas las rondas. Aunque en la primera ronda un experto no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, no se realizaron observaciones.

Realizar estos procesos, permitirían generar un conocimiento que permitiría ampliar el conocimiento que se tiene de la reacción a la procaína cuando se utiliza como neural terapéutico, por tanto además de generar confianza en los procedimientos que la utilizan generaría respaldo y por tanto seguridad.

⁷⁰ GIL Andrea. La farmacovigilancia: aspectos generales y metodológicos. Medellín. 2008.

4.9.5 Evaluación y seguimiento al cumplimiento de las políticas de acceso, oportunidad, pertinencia y continuidad



En el Decreto N° 1011 de 2006, Artículo 3°, Características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS -, se indica:

“Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.”

En este decreto se establece que para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la POSIBILIDAD que tiene el usuario DE UTILIZAR LOS SERVICIOS de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la POSIBILIDAD que tiene el usuario de OBTENER LOS SERVICIOS QUE REQUIERE, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el CONJUNTO DE ELEMENTOS estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por MINIMIZAR EL RIESGO DE SUFRIR UN EVENTO ADVERSO en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. **Pertinencia.** Es el GRADO en el cual los usuarios OBTIENEN LOS SERVICIOS QUE REQUIEREN, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la EVIDENCIA CIENTÍFICA y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el GRADO en el cual los usuarios RECIBEN LAS INTERVENCIONES REQUERIDAS, mediante una SECUENCIA LÓGICA y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Es importante aclarar que estos últimos aplican únicamente para IPS.

Aunque hubo consenso en la última ronda a estar totalmente de acuerdo en la última ronda, en todas las rondas una minoría de expertos estuvieron en la franja de ni de acuerdo ni en desacuerdo y se realizaron las siguientes observaciones: *“mucho papeleo, la mayoría de consultorios de terapia neural son particulares”, “no entendí” y “esto no aplicaría más para la terapia neural en instituciones de salud mas no para particulares?”*.

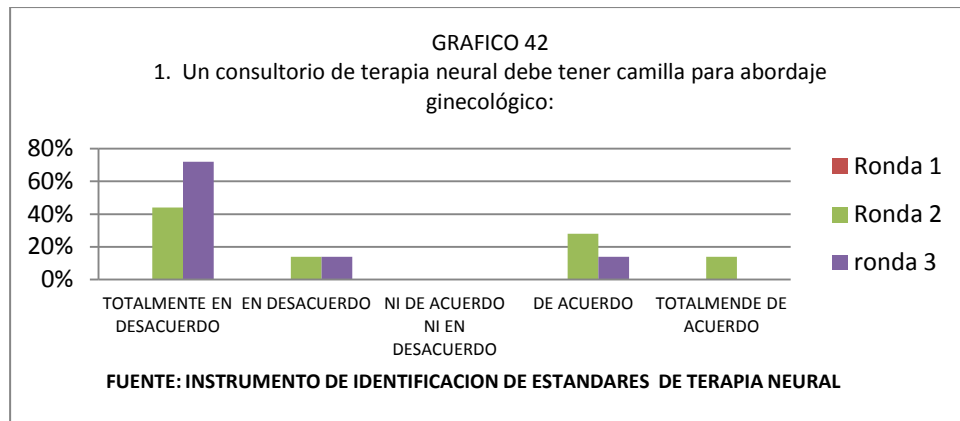
Como se expuso en el marco teórico de este trabajo, las políticas de habilitación y acreditación de instituciones están enmarcadas en una política de calidad en la atención.

Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de estas características es una manera de observar aspectos de la atención que involucran comodidad, seguridad y acompañamiento a los pacientes que asisten a una consulta médica de cualquier especialidad, que tienen mucho que ver con la calidad en la atención prestada.

4.10 Preguntas nuevas

En base a los resultados y observaciones del primer cuestionario entregado a los expertos surgieron 10 preguntas nuevas, 6 en la primera ronda y 4 en la segunda ronda cuyos resultados y observaciones se resumen a continuación.

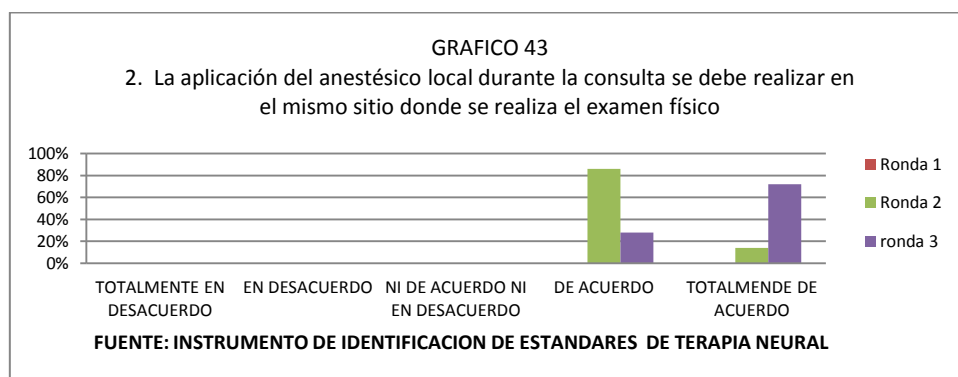
4.10.1 Camilla para abordaje ginecológico



Se llegó a consenso en la última ronda, los expertos estuvieron en desacuerdo con el requerimiento de camilla para abordaje ginecológico, se hizo la observación “*camilla que lo permita, pero no necesariamente camilla ginecológica*”.

Como se discutió en el ítem que sugirió la creación de esta pregunta existe una aplicación del neural terapéutico que requiere de abordaje ginecológico y por lo tanto de camilla ginecológica, pero existen abordajes alternativos que no exigen esta aplicación, incluso se han descrito técnicas para realizarla que no requieren de camilla ginecológica, por lo tanto se considera que no debe constituir un requerimiento obligatorio para poder realizar una consulta de terapia neural con calidad.

4.10.2 Espacio para la aplicación del anestésico local

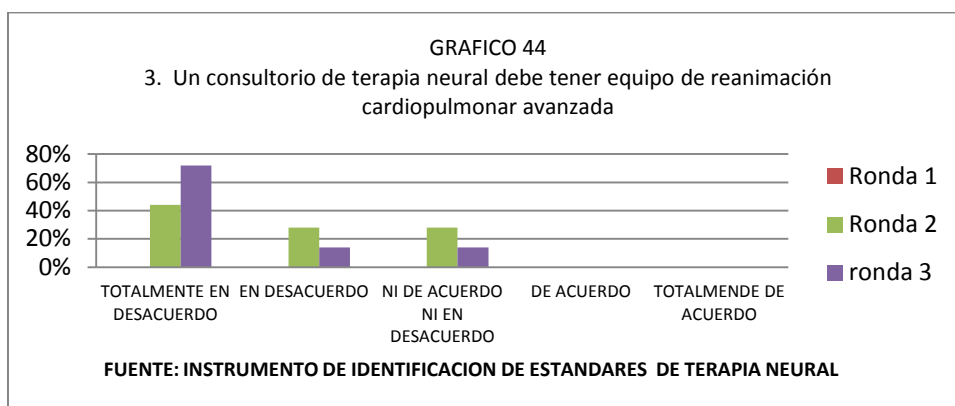


Los expertos llegaron a consenso y estuvieron de acuerdo con que la aplicación del anestésico local durante la consulta se debe realizar en el mismo sitio donde se realiza el

examen físico, y se hizo una observación: *“debería corregirse él debe por él puede, porque si alguien quiere y puede realizarlo en una camilla aparte pues lo puede hacer”*.

El espacio donde se realiza la aplicación del anestésico local durante una consulta de Terapia Neural, no requiere de espacios adicionales a los de un consultorio de medicina general, pero si se tiene que aclarar que por involucrar procedimientos donde se inyecta un medicamento, las condiciones del espacio donde se aplica el procedimiento deben tener las normas de asepsia y antisepsia exigidas para un consultorio donde se realicen procedimientos.

4.10.3 Equipo de reanimación cardiopulmonar avanzada

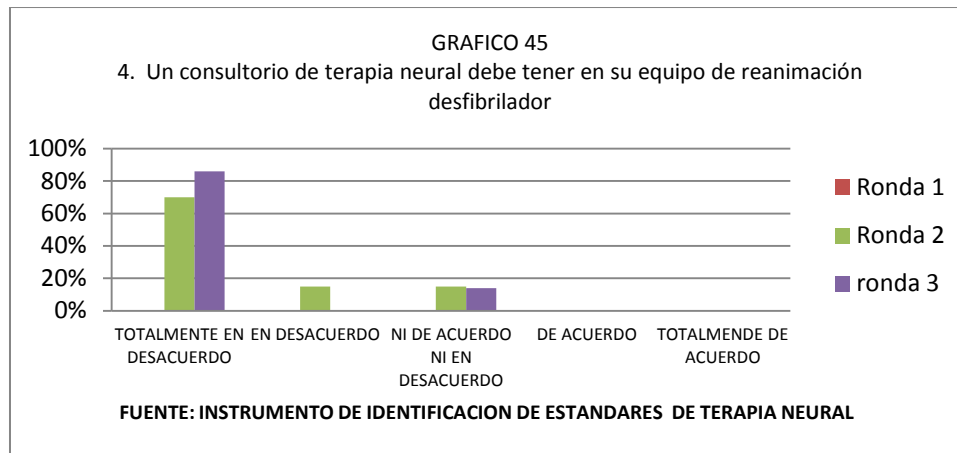


Se llegó a consenso; en las dos rondas en la que se realizaron estas preguntas hubo desacuerdo a requerir un equipo de reanimación cardiopulmonar avanzada o un desfibrilador. No se realizaron observaciones.

En un consultorio de Terapia Neural no existen riesgos adicionales al de un consultorio de medicina general, a parte del riesgo potencial de presentar una reacción anafiláctica, y el riesgo de infección del sitio de la aplicación, pues se aplica un medicamento inyectado.

Por lo tanto no se requiere tener un equipo de reanimación avanzada; es necesario si, tener los insumos y el conocimiento para manejar una reacción anafiláctica y como en cualquier servicio, tener claros y definidos procedimientos de referencia y contra referencia de pacientes en el caso de que un paciente necesite por cualquier causa de reanimación cardiopulmonar avanzada.

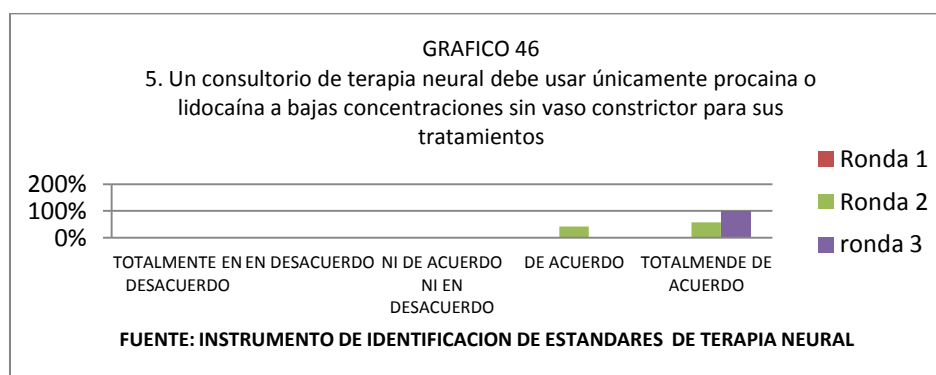
4.10.4 Desfibrilador



Se llegó a consenso en estar totalmente en desacuerdo con este requerimiento, no se realizaron observaciones.

Actualmente, con el avance tecnológico en medicina es posible tener desfibriladores portátiles, y es común verlos en aeropuertos, hoteles y otros sitios con gran afluencia de público y su manejo realizado por cualquier personal debidamente entrenado que no tiene que ser necesariamente de la parte médico asistencial. Sería ideal que todo consultorio contara con este insumo, pero por costos no es fácil hacerlo. Como se observó en el ítem anterior un consultorio de Terapia Neural no genera ningún riesgo potencial diferente al de cualquier acto médico que requiera el uso de desfibrilador.

4.10.5 Anestésico usado

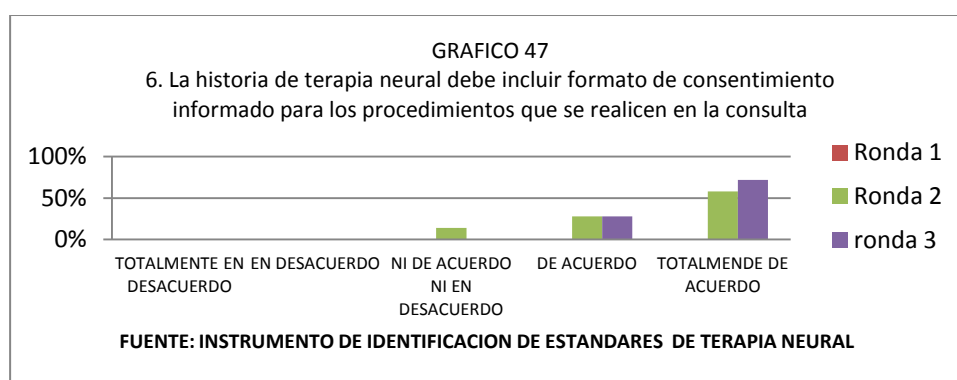


Los expertos llegaron a consenso y estuvieron de acuerdo con que únicamente se utilice procaína o lidocaína a bajas concentraciones sin vaso constríctor para un tratamiento de

Terapia Neural, y se hizo la siguiente observación: *“de acuerdo porque se prefiere utilizar los anestésicos locales con vida media lo más corta posible”*.

Actualmente hay disponible gran cantidad de anestésicos locales que varían en sus características farmacocinéticas, la duración de su efecto, la concentración, su asociación a otras sustancias etc., La Terapia Neural requiere que el anestésico utilizado tenga la vida media lo más corta posible y que no venga asociado con ningún vasoconstrictor, por eso se recomienda utilizar únicamente procaína o lidocaína a bajas concentraciones 0,5 o 1 %, para minimizar al máximo las molestias para el paciente y los posibles efectos adversos durante y después del procedimiento.

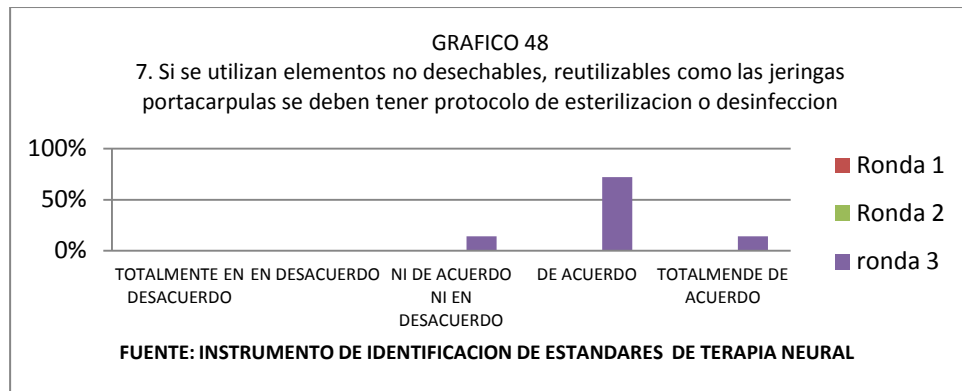
4.10.6 Consentimiento informado



Se llegó a consenso en cuanto la existencia de consentimiento informado en la historia para los procedimientos que se realicen. No se realizaron observaciones.

En cuanto este punto es muy importante en una consulta de Terapia Neural incluirlo pues es una terapia alternativa que suministra durante la consulta un medicamento, además al ser una terapia nueva, es común que el paciente que asiste a ella desconozca las características del procedimiento, como las posibles complicaciones o efectos secundarios del procedimiento, constituyéndose un elemento médico legal muy importante tanto para el paciente como para el médico, es por ello que en los anexos de la historia clínica debe incluirse.

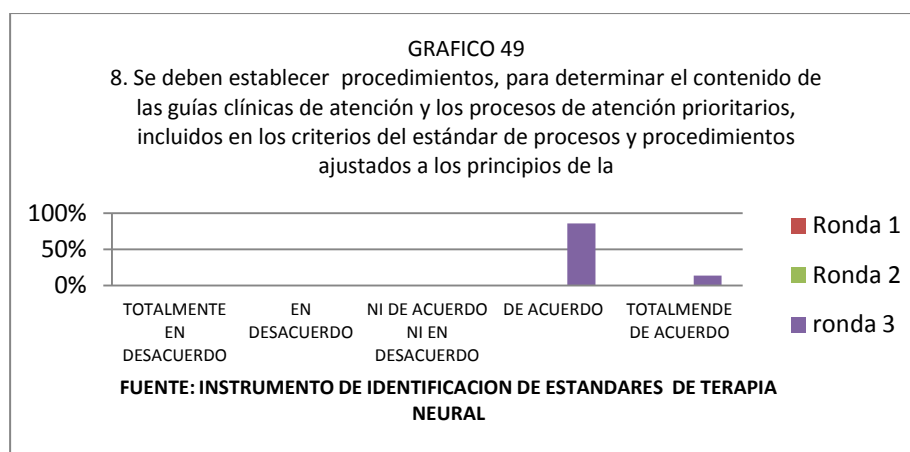
4.10.7 Protocolo esterilización jeringas portacarpulas



Hubo consenso sobre tener un protocolo de esterilización o desinfección cuando se utilicen jeringas portacarpulas.

Esto es importante pues al ser un insumo que no es desechable, cuando se utilice, es necesario tener un protocolo que de claridad sobre su reuso que no comprometa la calidad y la seguridad en la prestación del servicio.

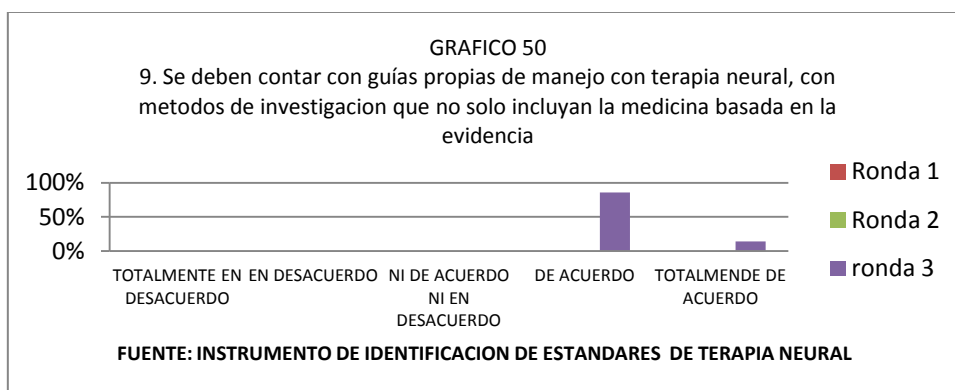
4.10.8 Guías clínicas de atención



Se llegó a consenso en cuanto a estar de acuerdo con establecer procedimientos que no solo incluyan la metodología de medicina basada en la evidencia. Este ítem resultó de las observaciones hechas al cuestionario, pues se resaltaba la importancia de tener dichas guías pero incluyendo un manejo holístico acorde a los principios de la Terapia Neural.

La medicina basada en la evidencia no sirve de referente para elaborar guías en Terapia Neural, pues imposible la estandarización en Terapia neural a enfermedades y enfermos. Es posible elaborar guías de manejo con otros métodos de investigación que tengan en cuenta este aspecto, el enfoque integrativo en el que se basa la atención y que no existen los protocolos de manejo en la Terapia Neural.

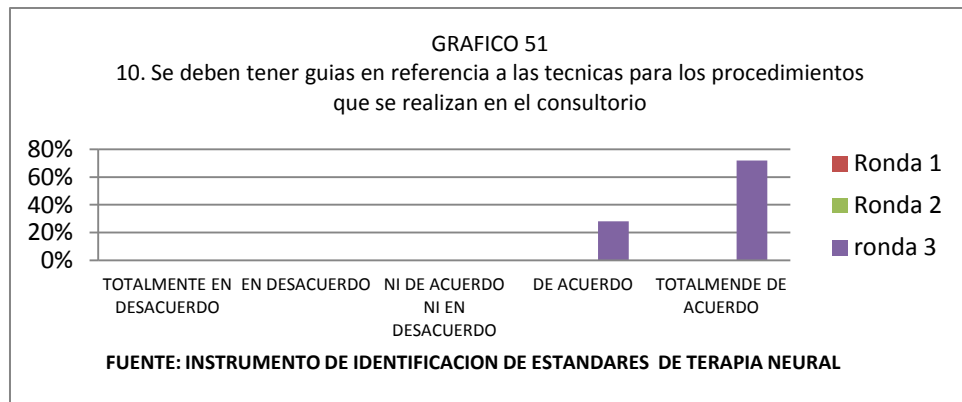
4.10.9 Guías propias de manejo



Se llegó a consenso a estar de acuerdo con este ítem, no se realizaron observaciones.

Las guías de manejo deben tener en cuenta los fundamentos y el manejo que se realiza con terapia Neural, pues no existen manejos estandarizados, pero si es posible tener una guía que involucre el marco teórico de la terapia neural, los pasos que se realizan en una consulta de terapia neural, la manera en que se realiza la entrevista, los aspectos que se tienen en cuenta para realizar el procedimiento, los tipos de procedimiento que se realizan, la manera en que se realiza el procedimiento y las consideraciones posteriores al procedimiento, entre otros aspectos. Como fue aclarado en ítems anteriores la metodología de medicina basada en la evidencia no sirve de referente para la Terapia neural.

4.10.10 Guías en referencia a las técnicas de aplicación



Hubo consenso en estar de acuerdo con este ítem, no se realizaron observaciones.

El elaborar guías en referencia a las técnicas para los procedimientos que se realicen en una terapia nueva y relativamente desconocida como la Terapia Neural, constituye un aspecto esencial si se quiere tener al servicio del paciente una terapia que cuente con parámetros de seguridad, que le den confianza, y que permita que todos los procedimientos realizados en terapia neural cuenten con soporte académico y uniformidad en su aplicación que permitan minimizar efectos adversos y potenciales complicaciones, respaldando a su vez su respetabilidad científica.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Después de realizado el proceso con un grupo de expertos empleando la metodología Delphi, se encontró que la mayoría de los requerimientos de habilitación para consultorios de Terapia Neural coinciden con los exigidos para consultorios de medicina, consulta especializada y otras áreas de la salud donde se realicen procedimientos.

Hay todavía un desconocimiento de lo que establece la norma para algunos estándares de habilitación por parte de los profesionales que ejercen la Terapia Neural, con este trabajo se logró una reflexión al respecto y se pudo plasmar las experiencias y aportes de los especialistas y expertos en el área que participaron en este trabajo.

Se deben establecer guías clínicas de atención, así como de procedimientos para la Terapia neural, que recojan tanto la experiencia de los profesionales que la trajeron al país, como la discusión académica generada en la universidad, que no solo se basen en la medicina basada en la evidencia pues esta metodología no sirve de referente para el tipo de atención que conlleva la terapia Neural.

Se deben establecer mecanismos para que los profesionales que tienen experiencia, experticia y estudios en Terapia Neural diferentes a estudios de postgraduación, para que cumplan con el estándar de recurso humano exigido.

Es posible la adaptación al Sistema General de Seguridad Social de la Terapia Neural, pero es necesario entender que toda la normatividad está pensada para la medicina

convencional y que para esto, se requiere superar el imaginario de que únicamente es una terapia infiltrativa de un anestésico local, y entenderla como una terapia holística que aborda al ser humano integralmente y que se realiza teniendo en cuenta la individualidad de cada paciente. Por esto, no es suficiente extrapolar los mismos estándares de la medicina convencional para formular sus estándares de habilitación.

Así mismo, es necesario que los prestadores de Terapia Neural tengan flexibilidad para poder cumplir algunos parámetros existentes, que aunque no guardan relación directa con la Terapia neural si son necesarios para la articulación adecuada con el sistema de salud y que se pueden cumplir sin ir en contravía con sus principios. Es necesario el dialogo de saberes entre la enseñanza tradicional y la universitaria para poder unificar conceptos en cuanto a requerimientos para la habilitación de servicios de Terapia Neural, pues se observan dos tipos tendencias en cuanto a los insumos utilizados para realizar los procedimientos.

Hay requerimientos que sin ser totalmente específicos para la Terapia Neural, son necesarios para poder ofrecer una atención con parámetros altos de calidad. Se deben generar espacios de discusión que permitan que los requerimientos para la Terapia neural que aún no cuentan con registro INVIMA, puedan ser tenidos en cuenta para consecución de dicho registro, siempre y cuando cumplan con los requisitos de esta entidad para su utilización.

5.2 Recomendaciones

Se obtuvo el siguiente instrumento que contiene las modificaciones al instrumento base del decreto 1011 de 2006 (nueve dimensiones), el cual queda adaptado a nuestro medio después que se realizaron consultas sucesivas a expertos y análisis a las respuestas y las observaciones, empleando el método Delphi, -ver anexos A, B, C,- el producto final con nueve dimensiones se denominó: Instrumento de habilitación de los servicios de Terapia Neural en Colombia, el cual se espera se sigan los procesos de pruebas de validez y confiabilidad mediante el uso continuo por esta comunidad científica.

INSTRUMENTO DE HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE TERAPIA NEURAL EN COLOMBIA

		CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE
	1. RECURSO HUMANO			
1	1. Un consultorio que ofrezca servicios de Terapia Neural debe contar con médicos graduados con estudios de especialización (postgrado universitario) en Terapia Neural.			
2	2. Los profesionales que ofrezcan servicios de Terapia Neural debe tener curso de soporte vital básico.			
	2. INSTALACIONES FÍSICAS			
3	1. Un servicio de Terapia Neural debe disponer de consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente.			
4	2. Un servicio de terapia neural debe contar con lavamanos.			
5	3. Un servicio de terapia neural debe contar con unidad sanitaria exclusiva de fácil acceso.			
6	4. Un servicio de terapia neural debe tener un área específica para los procedimientos (aplicación del anestésico local) que se deriven de la consulta, sin que esto signifique área adicional a los dos ambientes del consultorio.			
7	5. En el área donde se realizan los procedimientos de terapia neural los pisos, cielos rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza.			
8	6. Se debe garantizar en todo caso, la esterilización del instrumental, equipo e insumos empleados.			
	3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO			
9	1. Se deben utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.			
10	2. Debe tener como dotación básica para consultorio camilla			
11	3. Debe tener como dotación básica para consultorio tensiómetro			
12	4. Debe tener como dotación básica para consultorio fonendoscopio			
13	5. Debe tener como dotación básica para consultorio equipo de órganos de los sentidos			
14	6. Debe tener como dotación básica para consultorio metro			
15	7. Debe tener como dotación básica para consultorio balanza			
16	8. Debe tener Jeringas y agujas desechables para terapia neural			

17	9. Un consultorio de terapia neural debe usar únicamente procaína o lidocaína a bajas concentraciones sin vaso constrictor para sus tratamientos			
18	10. Debe tener Contenedor especial para desechar las agujas.			
19	11. Debe tener equipo básico de urgencias para control de reacciones anafilácticas: con los medicamentos, soluciones, elementos médicos, que garantice el manejo de una reacción anafiláctica en una relación fácilmente disponible.			
4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS				
21	1. Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, deben incluir la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y tecno vigilancia.			
22	2. Se debe definir la relación y condiciones de re- uso de dispositivos médicos			
5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES				
23	1. Se debe establecer el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas			
24	2. Se deben contar con guías propias de manejo con terapia neural, con métodos de investigación que no solo incluyan la medicina basada en la evidencia			
25	3. Se deben tener guías en referencia a las técnicas para los procedimientos que se realizan en el consultorio			
26	4. Se deben tener establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.			
27	5. Se deben establecer procedimientos, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos ajustados a los principios de la terapia neural y que no solo incluyan la metodología de medicina basada en la evidencia			
28	6. Se deben tener definidos criterios explícitos y documentados sobre el tipo de los procedimientos que se pueden realizar en el consultorio y los que no se pueden realizar.			
29	7. Se debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en el consultorio.			
30	8. Se deben tener Protocolos para los procedimientos que se realizan en el consultorio			
6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES				
31	1. Todos los pacientes atendidos deben tener historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de			

	historia clínica.			
32	2. La historia de terapia neural debe incluir formato de consentimiento informado para los procedimientos que se realicen en la consulta			
33	3. Las historias clínicas se deben encontrar adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.			
7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
34	No aplica			
8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES				
35	1. Se debe tener una Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.			
9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
36	1. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al servicio de terapia neural mediante el diseño y operacionalización de indicadores.			
37	2. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento al riesgo de infecciones			
38	3. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones terapéuticas			
39	4. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones medicamentosas			

6. Anexos

Anexo A

CUESTIONARIO No 1

PRESENTACION CUESTIONARIO

Especial saludo. Me llamo Oscar Mateo Huertas Pacheco, soy estudiante de la maestría en terapia neural de la Universidad Nacional de Colombia y estoy realizando mi tesis de maestría sobre los estándares de habilitación necesarios para consultorios de terapia neural en Colombia. El objetivo principal es resolver la pregunta: cuáles deben ser los estándares de habilitación para servicios de terapia neural en Colombia?. Para esto se diseñó un cuestionario basado en los actuales estándares establecidos por el ministerio de protección social que será enviado a expertos en terapia neural como usted, para ser respondido, y en el cual se podrán hacer observaciones y sugerencias. Claro está, si es su decisión participar. Las respuestas, así como las sugerencias y observaciones serán tabuladas y servirán para la elaboración de un segundo cuestionario que será enviado nuevamente a usted y a los demás expertos para ser respondido de manera similar. Se volverán a tabular las respuestas y se enviará un tercer cuestionario para responder y el análisis de las respuestas servirá para establecer que estándares de habilitación deberían tener los servicios de terapia neural en Colombia. Los resultados serán enviados a cada uno de los participantes.

Estudios de este tipo se denominan consenso Delphi y sus características principales son:

Anonimato: Durante un Delphi, ningún experto conoce la identidad de los otros que componen el grupo de debate. Esto tiene una serie de aspectos positivos, como son:

Impide la posibilidad de que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro de los miembros o por el peso que supone oponerse a la mayoría. La única influencia posible es la de la congruencia de los argumentos.

Permite que un miembro pueda cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen.

El experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad que da saber que en caso de que sean erróneos, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.

Iteración y realimentación controlada: La iteración se consigue al presentar varias veces el mismo cuestionario. Como, además, se van presentando los resultados obtenidos con los cuestionarios anteriores, se consigue que los expertos vayan conociendo los distintos puntos de vista y puedan ir modificando su opinión si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos.

Respuesta del grupo en forma estadística: La información que se presenta a los expertos no es sólo el punto de vista de la mayoría, sino que se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido.

INSTRUCTIVO CUESTIONARIO

Preguntas de selección múltiple con 5 opciones de respuesta, se debe escoger solo una dependiendo del nivel de acuerdo que usted tenga con la pregunta

Las preguntas son referentes a los 9 estándares para habilitar servicios médicos. Primero se explica en que consiste el estándar y luego aparecen las preguntas referentes a dicho estándar en lo que aplica actualmente a terapia neural.

Si hay alguna observación sobre la pregunta hay un espacio al final de las opciones de respuesta para anotarla, si no hay ninguna observación no se anota nada.

Si se desea adicionar una o varias preguntas relacionadas con el estándar evaluado, después de la última pregunta del estándar evaluado, hay un espacio en rojo para formularla. Las preguntas adicionadas en estos espacios aparecerán en la segunda ronda de cuestionarios. Si no hay sugerencia de pregunta o preguntas no se anota nada.

El plazo para devolver el cuestionario es de 10 días, y le pido el favor que las respuestas me las envíe dentro de este plazo al mismo correo de donde le he enviado el cuestionario.

Si decide no participar, o abandonar en alguna fase del estudio, le agradecería me avisara con un correo electrónico.

El nombre de los expertos aparecerá en el apartado de la tesis correspondiente a participantes.

De antemano le agradezco mucho su participación.

ASPECTOS ETICOS

Cada participante, de forma voluntaria y libre decidirá si ingresar o no al estudio para que sus opiniones sean utilizadas para los fines descritos. Así mismo, contará con la libre decisión de abandonar en cualquier momento su participación

El experto no obtendrá ninguna recompensa por su trabajo pero tampoco sufrirá ningún perjuicio por ello. Su trabajo intelectual será respetado en todo momento y sus opiniones se mantendrán en anonimato.

A todos los participantes en la investigación se les tratara como iguales, independientemente de sus antecedentes. Así mismo, si algún investigador decidiera retirarse no sufrirá ningún perjuicio por ello ni verá afectada su reputación de ningún modo.

El análisis de este trabajo supondrá un beneficio para el desarrollo de la terapia neural en Colombia, y buscará sentar unas bases y unos principios generales para el desarrollo y evaluación de los mismos.

INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION DE ESTANDARES PARA SERVICIOS DE TERAPIA NEURAL EN COLOMBIA

1. Recurso humano

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

1. Un consultorio que ofrezca servicios de terapia neural debe contar con médicos graduados con estudios de especialización en terapia neural.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2. Los profesionales que ofrezcan servicios de terapia neural debe tener curso de soporte vital básico.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

1. Un servicio de terapia neural debe disponer de consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2. Un servicio de terapia neural debe contar con lavamanos.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

3. Un servicio de terapia neural debe contar con unidad sanitaria exclusiva de fácil acceso.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

4. Un servicio de terapia neural debe tener un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

5. El área donde se realizan los procedimientos de terapia neural puede estar en conexión con un consultorio, haciendo parte de él pero garantiza área física exclusiva de circulación restringida.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

6. En el área donde se realizan procedimientos de terapia neural los pisos, cielos rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

8. Se debe garantizar en todo caso, la esterilización del instrumental, equipo e insumos empleados.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

1. Se deben utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2. Debe existir un equipo de reanimación.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

3. Debe tener como dotación básica para consultorio camilla

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

4. Debe tener como dotación básica para consultorio tensiómetro

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

5. Debe tener como dotación básica para consultorio fonendoscopio

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

6. Debe tener como dotación básica para consultorio equipo de órganos de los sentidos

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

7. Debe tener como dotación básica para consultorio martillo de reflejos

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

8. Debe tener como dotación básica para consultorio metro

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

9. Debe tener como dotación básica para consultorio balanza

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

10. Debe tener Jeringas y agujas desechables para terapia neural

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

11. Debe tener anestésico local sin vasoconstrictor.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

12. Debe tener Contenedor especial para desechar las agujas.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

13. Debe tener equipo básico de urgencias para control de reacciones anafilácticas: con los medicamentos, soluciones, elementos médicos, que garantice el manejo de una reacción anafiláctica en una relación fácilmente disponible.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

1. Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, deben incluir la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y tecno vigilancia.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2.Se deben tener definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

3. Se debe definir la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye

acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Se debe establecer el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2. Se deben establecer procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

3. Se deben tener establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

4. Se debe contar con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

5. Se deben tener definidos criterios explícitos y documentados sobre el tipo de los procedimientos que se pueden realizar en el consultorio y los que no se pueden realizar.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

6. Se debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en el consultorio.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

7. Se deben tener Protocolos para los procedimientos que se realizan en el consultorio

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

1. Todos los pacientes atendidos deben tener historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2. Las historias clínicas se deben encontrar adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

1. Se debe contar con servicio de esterilización

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

1. Se debe tener una Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

1. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al servicio de terapia neural mediante el diseño y operacionalización de indicadores.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento al riesgo de infecciones

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

3. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones terapéuticas

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

4. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento al riesgo de complicaciones medicamentosas

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

5. Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES: :

SUGERENCIA DE PREGUNTA O PREGUNTAS REFERENTES A ESTE ESTANDAR

Anexo B

Preguntas nuevas

Son preguntas que se formularon en base a las observaciones hechas a las preguntas hechas en el primer cuestionario

1. Un consultorio de terapia neural debe tener camilla para abordaje ginecológico:

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

2. La aplicación del anestésico local durante la consulta se debe realizar en el mismo sitio donde se realiza el examen físico

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

3. Un consultorio de terapia neural debe tener equipo de reanimación cardiopulmonar avanzada

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES

4. Un consultorio de terapia neural debe tener en su equipo de reanimación desfibrilador

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES

5. Un consultorio de terapia neural debe usar únicamente procaína o lidocaína a bajas concentraciones sin vaso constrictor para sus tratamientos

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES

6. La historia de terapia neural debe incluir formato de consentimiento informado para los procedimientos que se realicen en la consulta

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES:

Anexo C

PREGUNTAS ÚLTIMAS OBSERVACIONES

Se formularon en base a las observaciones hechas en el segundo cuestionario

7. Si se utilizan elementos no desechables, reutilizables como las jeringas portacarpulas se deben tener protocolo de esterilización o desinfección

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

8. Se deben establecer procedimientos, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos ajustados a los principios de la terapia neural y que no solo incluyan la metodología de medicina basada en la evidencia

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

9. Se deben contar con guías propias de manejo con terapia neural, con métodos de investigación que no solo incluyan la medicina basada en la evidencia

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

10. Se deben tener guías en referencia a las técnicas para los procedimientos que se realizan en el consultorio

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2.En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.De acuerdo
- 5.Totalmente de acuerdo

7. Bibliografía

1. COMISION SEPTIMA DEL SENADO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Salud en constitución política de Colombia. [en línea] [Consultado marzo 30 de 2013] disponible en <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUd>
2. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución política colombiana. Bogotá 1991.
3. CONGRESO DE LA REPÚBLICA COLOMBIA. Ley 100 de 23-Diciembre 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148. Bogotá. 1993
4. MUNOZ E, Iván F et al. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [online]. 2009, vol.27, n.2 [cited 2013-04-12], pp. 142-152 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120>. Consultado abril 1 de 2013
5. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA. Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Contrato 2036. Bogotá 2011
6. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, COLOMBIA. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. ISBN: 978-958-98220-6-7 Bogotá, D. C., 2007.
7. MINISTERIO DE SALUD, COLOMBIA. Resolución 2927/1998 de 27 de julio, Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas.... Bogotá, 1998.
8. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 1164 por la cual se dictan disposiciones de formación del talento humano en salud. Bogotá. 2007.
9. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Resolución número 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el.... Bogotá. 2006.

10. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Título II. Capítulo 3. Artículo 78. Bogotá. 1993
11. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. 2004
12. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Decreto número 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá 2006.
13. COMISION DE REGULACION EN SALUD. Acuerdo número 08 de 29 dic 2009 para enero 2010. Por el cual se aclara y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Bogotá. 2009.
14. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Política Nacional de servicios de salud. Bogotá. 2005.
15. ALIANZA INTERNACIONAL DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES. Políticas de la AIOP www.patientsorganizations.org/involvement. [Consultado marzo de 2012]
16. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Decreto número 1011 DE 2006. Artículo 3. Bogotá. 2006.
17. CENTRO DE GESTION HOSPITALARIO COLOMBIA. Sistema de Habilitación. <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>. [Consultado feb 2012]
18. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Resolución número 1439 de 2002. Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares.... Bogotá. 2002.
19. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Anexo técnico no.2 manual único de procedimientos de habilitación de la resolución 1043 del 3 de abril de 2006 “por la cual... Bogotá. 2006.
20. DUQUE EDISON, Jair. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. Revista Innovar. No 25. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2005.
21. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Decreto 2309 de 2002 Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá 2002.
22. GOMEZ RESTREPO, Jorge Humberto. Fundamentos de la salud pública, tomo ii administración de servicios de salud, Ed. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín. 2005.

23. CAMISON, Cesar. La gestión de la calidad por procesos: Técnicas y Herramientas de calidad. 2009 [en línea] [consultado marzo 2012]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-gestion-calidad-procesos-tecnicas-herramientas-calidad>
24. RUIZ-OLALLA, C. "Gestión de la calidad del servicio", [en línea] [consultado febrero de 2012] disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv> 2001
25. RODRÍGUEZ MA, Lopera J. Conceptos básicos de la validación de escalas en salud mental. [en línea]. [Consultado Marzo 2012] disponible en http://201.234.78.173:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000244163
26. PARRA, Dora. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol... [en línea][Consultado febrero de 2012], disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15627/18158>.
27. ERNACHE, Álvaro. Cuestionarios y encuestas. [en línea] [Consultado enero de 2011] disponible en <http://es.scribd.com/doc/266584/CUESTIONARIOS-Y-ENCUESTAS>
28. PINILLA, Laura y TOSCANO Faneth. Los principios de la terapia neural desde los fundamentos del nervismo hasta la neurociencia actual. Salud UIS 2012; 44 (2): 57-65.
29. PAYAN DE LA ROCHE, Julio Cesar. Desobediencia vital. 1ª Edición. Salbe Ediciones B. Aires Argentina. 2004. Pág. 98.
30. CRUZ, Yamile y FAYAD, Raman. Microtúbulos y terapia Neural: Propuesta de una investigación promisorio. rev.fac.med [en línea]. 2011, vol.19, n.1 [consultado octubre de 2013], pp. 82-92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000100009&lng=en&nrm=iso. ISSN 0121-5256.
31. DOSH, Peter, Libro de la enseñanza de la Terapia Neural. 4ª Edición. Ediciones Los Robles 1975. Pág. 75-76
32. ANTUNEZ, Carlos. "German Duque Mejía". Medicina Biológica. [en línea] [consultado Dic 2012] <http://1medbio.blogspot.com/2011/01/german-duque-mejia.html>.
33. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Acuerdo número 055 de 2006. Consejo superior universitario (Acta 20 del 19 de septiembre) "Por el cual se crea el programa curricular de postgrado Maestría en Medicina Alternativa en la Universidad Nacional de Colombia.". Bogotá 2006.

34. VINYES, David. Definición Terapia neural. [En línea] [Consultado Enero de 2012] disponible en:
http://terapianeural.com/index.php?option=com_cocontent&view=article&id=185%3Aa-terapia-neural-introduccion&catid=13%3Ainformacion_basica&Itemid=1&lang=es.
35. MACHIAVELLI, Ricardo. ¿Qué es la Terapia Neural?. [en línea] [consultado Enero de 2012] disponible en:
http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&task=category§ionid=4&id=19&Itemid=26
36. PAYAN, Sandra. Mecanismos y organismos. [en línea] [consultado junio 2012] disponible en:
http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=188%3Amecanismos-y-organismos&catid=14%3Ade-concepto&Itemid=1&lang=de
37. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD ESPAÑA. Análisis de situación de las terapias naturales. Madrid 2011. [en línea] [Consultado JULIO 2012] disponible en:
www.elpais.com/elpaismedia/ultimahora/media/201112/20/sociedad/20111220elpepusoc_1_Pes_PDF.pdf.
38. GONZALES Jesús, PRIETO Isabel y colaboradores. Análisis de la situación de las terapias naturales. Madrid 2011. [en línea] [consultado junio 2012] disponible en:
<http://www.quiromasajistas.net/documentos/Analisis%20terapias%20naturales.pdf>
39. BOMBILLAR, Francisco. Intervención administrativa y régimen jurídico del medicamento en la Unión Europea. Granada 2010. [en línea] [consultado julio 2012] disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/18645781.pdf>
40. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD ESPAÑA. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (BOE nº 254 de 23/10/2003). Madrid. 2003.
41. PLANES, Carmen. Resumen del informe sobre la situación de las terapias naturales elaborado por el grupo de trabajo del ministerio de sanidad. Magazine societat d'acupuntors de catalunya nº104. Barcelona 2010. Pág. 4-14.
42. NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. Complementary medicine. [en línea] [revisado marzo de 2012] disponible en:
<http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscom/index.htm>.

43. MINISTERIO DE SALUD NICARAGUA. Diario oficial. No 10, Legislación Terapias Alternativas. Managua, 18 de Enero de 2012. Pág. 362-370
44. ORTEGA, Félix. El método Delphi, prospectiva en Ciencias Sociales a través del análisis de un caso práctico. [en línea] [revisado marzo de 2012] disponible en: <http://journal.ean.edu.co/index.php/Revista/article/viewFile/226/214>.
45. BALADRON Antonio, CORREYERO Beatriz. Las revistas profesionales especializadas en España: resultados de un estudio Delphi. [en línea] [consultado enero de 2012] disponible en: [http://www.humanidades.uspceu.es/pdf/Articulo4Lasrevistas profesionales.pdf](http://www.humanidades.uspceu.es/pdf/Articulo4Lasrevistas%20profesionales.pdf)
46. ASTIGARRAGA, Eneko. El Método Delphi. [en línea] [consultado abril de 2012] disponible en: [http://www.prospectiva.eu/zaharra/03_Delphi ESTE.pdf](http://www.prospectiva.eu/zaharra/03_Delphi_ESTE.pdf)
47. VARELA, Margarita- DIAZ, Laura- GARCIA, Rocío. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. [en línea] [consultado en Marzo de 2012] disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-investigacion-educacion-medica-343/descripcion-usos-metodo-delphi-investigaciones-area-salud-90122899-metodologia-investigacion-educacion-medica-2012>
48. ARAGON Salvador, Método Delphi. ABC, Junio de 2003. [en línea] [consultado marzo de 2012] disponible en: http://profesores.ie.edu/salvador_aragon/Documentacion/2003-M%E9todo%20Delphi.pdf
49. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Diario oficial 31054. Bogotá, sábado 6 de abril de 1963
50. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Diario Oficial No. 44.892, Bogotá, 06 de agosto de 2002
51. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA COLOMBIA, Habilitación. [en línea] [consultado Julio de 2012] disponible en <http://www.cgh.org.co/temas.pdf>
52. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Guías para manejo de urgencias. Tomo I. 2009. 3a Edición Bogotá, D. C., Colombia ISBN Tomo I: 978-958-8361-67-3
53. IBARRA, Pedro y col. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos. Revista Colombiana de Anestesiología. 2012; 40:67-74 - Vol. 40 Núm.01 DOI: 10.1016/S0120-3347(12)70012-6.

54. SECRETARIA DE SALUD BOGOTA. Manual guía para el diseño arquitectónico servicio de consulta externa. Bogotá DC 2010.
55. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Resolución 2008 de 2007. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la ley 09 de 1979. Bogotá. 2007.
56. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Resolución Numero 4445 DE 1996. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Bogotá, 1996.
57. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD D.C. Manual guía para el diseño arquitectónico del servicio de urgencias. Bogotá 2010.
58. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Anexo Técnico 2. Resolución número 1043 de 2006. Bogotá, Colombia.
59. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Anexo técnico No 1 de la resolución 2680 de 2007. “por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006. Bogotá. 2007. Pág. 8-9
60. GOMEZ Beatriz, Marco Normativo Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud. Bogotá. Mayo 2011.
61. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Anexo técnico 1 – resolución número 001439 de 2002. “por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de novedades.... Bogotá 2002.
62. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Resolución número 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Bogotá Mayo de 2013.
63. MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Norma técnica para la elaboración de guías clínicas, Bogotá. 2005, p. 3 – 5.
64. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA – COLCIENCIAS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. ISBN: 978-958-8361-81-9. Bogotá, Colombia. Mayo de 2010
65. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Protocolo para la identificación del origen de la enfermedad. Anexo 28^a. Bogotá. 2006

66. MENDOZA GUTIÉRREZ, Eduardo Delfín. Informe de investigación. Guías de práctica clínica: su validez en la práctica médica. Medellín. 2007.
67. ROJAS, Adriana. Aspectos normativos para la realización de procedimientos en reumatología. Bogotá 2011.
68. MINISTERIO PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Seguridad del paciente. Bogotá 2011.
69. ALVAREZ, Carlos Arturo. Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Revista Infectio. 2010; 14(4): 292-308.
70. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Anexo 42 Decreto 1011 de 2006. Indicadores de seguimiento a riesgos. Bogotá. 2006.
71. GIL Andrea. La farmacovigilancia: aspectos generales y metodológicos. Medellín. 2008.